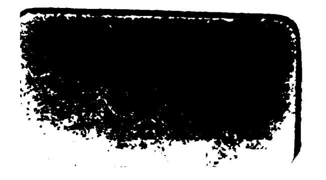

A 3 9015 00378 969 3
University of Michigan – BUHR



ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I.

Conditions de l'abonnement :

Les *Annales de la chirurgie française et étrangère* seront publiées tous les premiers du mois, à partir de Janvier 1841, par cahier de huit feuilles in-8° (128 pages), caractère philosophie pour les mémoires, et petit-texte pour les Variétés et la Bibliographie.

Prix de l'abonnement par an, à Paris : 20 *fr.*
Franc de port, pour les départements : 24 *fr.*

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, 5.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR MM. BÉGIN, MARCHAL (de Calvi), VELPEAU
ET VIDAL (de Cassis.)

TOME PREMIER.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADEMIE ROYALE DE MEDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES CHEZ, H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.
Et chez les principaux libraires français et étrangers.
1841.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES PAR LE BANDAGE DEXTRINÉ,

Par M. Velpeau.

Vers la fin de l'été de 1836, un jeune médecin de Bruxelles, M. Deroubaix, vint à Paris, et me vanta la méthode de M. Seutin, son maître. Je lui confiai quatre malades affectés de fractures, pour la mettre à l'épreuve. Il suivit de point en point, dans son opération, la description que j'avais vue dans le *Bulletin médical belge* et dans l'*Encyclographie des sciences médicales* de 1836. Voyant dans la colle d'amidon une matière solidifiable plus commode que le liquide usité par M. Larrey, je m'efforçai d'en démontrer les avantages à ma clinique; mais trouvant inutiles les quatre plans de Scultet, la talonnière, les attelles de carton, la semelle, les fanons et les liens employés par M. Seutin, je substituai bientôt à tout cet attirail le simple bandage roulé, si ce n'est deux ou trois plans de Scultet, tels que je m'en étais déjà servi en 1828. Plus tard j'eus recours à la dextrine et renonçai à l'amidon. A partir de là, il n'y eut plus rien dans mon bandage qui appartînt véritablement à M. Seutin. Je continuai cependant,

soit dans mes leçons, soit au lit des malades (ainsi que le démontrent une foule de thèses, d'articles de journaux, nos discussions à l'Académie de médecine, et surtout le volume que vient de publier M. Jeanselme), de rapporter au chirurgien de Bruxelles, et cela par simple politesse, comme on va le voir, une très grande part du bien que je retirais du bandage inamovible.

Porté à croire que M. Seutin est étranger à ce qui s'imprime en Belgique de désobligeant pour moi, désireux toutefois de ne passer pour plagiaire aux yeux de personne, je crois convenable de donner ici un court historique de toute la question. Alors nous pourrons discuter en connaissance de cause.

Les recherches que j'ai soumises à l'Académie des sciences en 1837 avaient pour but de modifier ou même de changer, sur plusieurs points, le traitement suivi autrefois dans les inflammations diffuses et les diverses sortes de gonflemens des membres, dans un grand nombre de solutions de continuité, dans les maladies des articulations, dans les déviations des extrémités, dans la réunion des plaies après certaines opérations, et surtout dans les cas de fractures.

Pris dans son ensemble, l'appareil que j'emploie comprend ainsi trois questions : 1° la question de la compression dans le traitement des maladies chirurgicales ; 2° la question des bandages inamovibles ; 3° la question relative aux différentes manières de solidifier et de construire ces appareils.

A. *Compression.* — On s'est servi de la compression avant moi pour combattre plusieurs maladies. C'est ainsi qu'elle a été employée contre certaines tumeurs, les hernies, les anévrismes, par exemple, et contre les engorgemens

chroniques des membres; mais je crois avoir essayé le premier, encouragé que j'étais par la pratique de M. Bretonneau, et de la généraliser et d'en démontrer les avantages dans les gonflemens *aigus*, *inflammatoires* ou autres, des membres, soit *dans les cas de fractures*, soit dans *les inflammations diffuses*, soit dans *certains cas de maladies articulaires*. C'est, en effet, à 1818 que je puis faire remonter mes premières recherches à ce sujet. Les passages suivans d'une dissertation soutenue par moi en 1823 montreront quelles étaient dès-lors mes intentions et ma pratique.

En parlant d'un emplâtre rétractif, dont j'aurais voulu me servir pour comprimer également les parties, je m'exprimais ainsi :

« Il me semble, d'après plusieurs considérations, qu'on « en pourrait étendre l'usage (de cet emplâtre) à une foule « de maladies de la peau et des *articulations*, par exemple « aux *engorgemens* avec empâtement du *poignet*, du *coude*, « de l'*articulation tibio-tarsienne*, du genou, etc. et *même* « *lorsqu'il y a épanchement dans la cavité synoviale*, « pourvu que les parties dures (M. Lavacherie a prouvé de- « puis que cette restriction était inutile) ne soient pas alté- « rées. Le raisonnement, en effet, un grand nombre d'ob- « servations, et l'opinion de plusieurs hommes célèbres, me « persuadent que la *compression, s'il était possible de l'exer- « cer également, régulièrement, exactement*, *sur tous les* « *points de l'articulation malade*, dans les excavations « comme sur les saillies, ET D'UNE MANIÈRE PERMANENTE, « serait le moyen le plus efficace qui fût à la disposition du « chirurgien. Or, avec les bandages (ordinaires) il est à-peu- « près impossible de remplir toutes ces conditions, tandis « que le moyen dont je parle les réunirait sans difficulté. »

On voit donc par ce passage que, dès l'année 1818 ou 1820, j'étais à la recherche d'un moyen capable de rendre la *compression permanente*, et que, pour moi, la compression ainsi perfectionnée était un agent thérapeutique très important. Quelques années plus tard, en 1826, poursuivant la même idée, fondé sur des faits nombreux, je fis insérer dans les *Archives générales de médecine* (t. XI, p. 192, 395) deux mémoires tendant à démontrer l'extrême efficacité de la compression méthodique dans le traitement des différentes sortes d'inflammations diffuses, soit sous-cutanées, soit profondes. Je publiai, vers la fin de la même année, dans la *Bibliothèque médicale*, un autre travail ayant pour but de faire ressortir les avantages du même moyen dans le traitement de l'inflammation aiguë des toiles et des coulisses synoviales tendineuses. Depuis lors, j'ai appliqué la même doctrine au traitement de l'inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques (*Revue méd.*, 1829 ; *Archives générales de médecine*, 1835), de telle sorte qu'il ne peut pas y avoir de contestation sur la priorité que je pourrais réclamer sur M. Seutin relativement à ce premier chef de la question.

Eu égard à la compression dans les cas de fracture, je n'ignore pas qu'elle a été employée de tout temps ; mais avant que j'eusse essayé d'en généraliser l'usage, presque tous les chirurgiens hésitaient (et beaucoup hésitent encore) à s'en servir, tant que le dégorgement des parties n'était pas dissipé, tandis que moi je la conseille et la mets en pratique précisément pour opérer ce dégorgement. La preuve que j'y ai eu recours depuis 15 ou 20 ans dans ce but ressort d'une foule de mémoires publiés par moi ou par mes élèves, notamment d'une observation qu'on trouve à la page 210 du tome XI des *Archives générales de médecine*.

Une femme qui s'était fracturé le péroné en mars 1825 fut soumise à cinq applications successives de sangsues dans l'espace de quelques jours à l'hôpital de la Faculté, sans que les violentes douleurs et le gonflement dont le membre était le siège eussent diminué. « Toutes les ressources de la théra« peutique étant épuisées et tous les symptômes étant encore « exaspérés, nous résolûmes de tenter la compression......
« Le bandage (roulé) fut appliqué à six heures du soir. Nous « commençâmes par envelopper toute la portion enflammée « du membre avec des compresses imbibées d'eau-de-vie. « Nous plaçâmes ensuite *une bande* depuis la racine des or« teils jusqu'au-dessus du genou, en prenant toutes les pré« cautions convenables pour que la *compression* fût *exacte et « régulière surtout aux environs des malléoles*... Après son « application, cet appareil fut également imbibé d'eau-de-vie; « nous fixâmes la jambe sur une attelle, et nous la fîmes pla« cer demi fléchie sur un coussin. »

Les accidens disparurent promptement et la guérison a été complète. Ceci prouve suffisamment, il me semble, que la compression était alors pour moi ce qu'elle est aujourd'hui dans le traitement des fractures de la jambe, et que, sous ce rapport encore, je n'ai rien emprunté à M. Seutin.

B. *Inamovibilité des bandages*. — Les élémens de l'inamovibilité des appareils se trouvent comme dispersés dans l'histoire des temps. D'après ce que dit Fodéré, il existait du temps d'Hippocrate une classe de rebouteurs qui guérissaient les fractures à l'aide d'un appareil permanent. Tout indique aussi que les anciens Grecs enveloppaient quelquefois le membre brisé dans une espèce de mastic. Les chirurgiens qui ont fréquenté l'Égypte soutiennent qu'autrefois il était d'habitude dans ce pays d'entourer le membre fracturé dans

une sorte de moule, d'où il ne devait être retiré qu'après la consolidation. Un des praticiens qui ont parcouru ces contrées avec Napoléon, M. Renoult, affirme d'ailleurs avoir vu un cavalier arabe à cheval quoiqu'il eût la jambe cassée; son membre était enveloppé d'un bandage semblable à ceux des momies, assez dur, quoique fort léger.

Si de la Grèce et de l'Égypte on passe dans l'Inde ou en Afrique, on retrouve encore des traces de ces pratiques. J'ai reçu en 1832 et j'ai appliqué à l'hôpital de la Pitié, en 1833, un appareil que m'avait envoyé M. Smith, de Baltimore, et qui se compose d'une série de lames de baleine de la longueur du membre brisé, placées parallèlement, et fixées transversalement en haut et en bas par une corde, de manière que le tout s'applique très aisément en forme de cylindre creux inflexible autour de la partie, et s'en détache quand on veut, à la manière d'une large plaque flexible. Or cet appareil, dont on retrouve les élémens parmi les naturels du Brésil, et qui n'est qu'un perfectionnement du bandage que M. Sédillot nous a rapporté de Constantine, est aussi un appareil inamovible. M. Roche, M. Blaquière, affirment en outre avoir trouvé les appareils inamovibles en Espagne, appareils également indiqués ou décrits antérieurement par Cheselden et par Eaton; de sorte que ce genre de traitement des fractures paraît avoir suivi les Égyptiens, les Grecs, et les Arabes, partout où ces peuples ont pénétré.

Tout annonce cependant que l'idée de ces bandages, qui dut se présenter de bonne heure à l'esprit des hommes, n'avait jamais été régularisée, systématisée par les chirurgiens, et qu'elle ne s'est perpétuée qu'à titre de pratique vulgaire parmi les médicastres ou les gens du monde. Il y a, en effet, une différence qui n'est pas assez bien comprise, il me sem-

ble, entre ces ébauches informes et les appareils inamovibles d'aujourd'hui.

Quant à ceux-ci, ils se sont, comme toutes les inventions humaines, insensiblement développés et perfectionnés par la suite des temps. L'auteur le plus ancien qui en parle d'une manière un peu explicite est Chaumette ou Chalmetée, auteur peu connu, qui écrivait en 1560, et qui s'exprime ainsi au sujet des fractures, dans son *Enchiridion* (édit. de 1572) : « Nous accomplirons, dit-il, la seconde intention « (l'immobilité et la position des fragmens) si nous retenons « les os conjoints et réunis, en oignant tout le membre avec « l'huile rosat chaude ; ou de murte ou de mastic, et en y « semant de la poudre de mastic, puis, *Boli armeni, terræ* « *sigilatæ*, *farinæ valatis*, *siliques partes æquales*, qu'on « les détrempe avec des blancs d'œufs et puis qu'on les « mette sur des *estoupes* déliées et bien peignées, et qui « ayant été mouillées auparavant d'eau et de vinaigre mêlés, « et qu'on mette aussi par-dessus un linge mouillé en eau « et vinaigre mêlés. Enfin, qu'on environne trois ou quatre « fois la fracture avec le milieu d'une bande molle et ferme « mouillée en eau et vinaigre » (p. 478). Et plus loin : « Quand « il n'y a ni douleur, ni phlegmon; ni ulcère, ni aucun au- « tre accident, et que la fracture est bien remise, les liga- « mens et les férules demoureröt ainsi jusqu'au quinzième « jour » (p. 482).

Il est clair, en effet, que presque tous les élémens de l'appareil inamovible sont indiqués par Chaumette. Il faut arriver ensuite jusqu'à Belloste qui écrivait, en 1696, son *chirurgien d'hôpital* pour avoir quelque chose d'aussi précis : « Dans les fractures de jambes, dit Belloste, on se sert « de fanons et *d'attelles de carton terminées en semelles*,

« le tout arrosé avec un mélange de blancs d'œufs, d'huile
« rosat et de vinaigre qu'on ne renouvelle que tous les
« vingt jours. »

Tout ceci cependant était assez vague, et fut assez peu remarqué pour que, dans le dernier siècle, Moscati vînt encore donner comme nouveau l'appareil connu sous le nom d'*étoupade de Moscati*, et qui se composait de filasse, de compresses, et de bandes imbibées de blancs d'œufs.

Bien que Moscati eût appliqué son bandage avec succès aux fractures du col de l'humérus, et qu'il eût cherché à en faire ressortir les avantages au sein même de l'Académie de chirurgie, le bandage inamovible était retombé dans l'oubli le plus parfait parmi nous, lorsque M. Larrey, qui dit en avoir retrouvé les élémens en Égypte, s'en est emparé, l'a perfectionné, et est venu le généraliser dans les hôpitaux militaires. Jusqu'ici cependant, et jusqu'à 1832, époque à laquelle M. H. Larrey fit connaître, dans un travail plein d'intérêt, les recherches du célèbre chirurgien son père, sur l'appareil inamovible, ce genre de bandage n'était employé par presque personne. Malgré ce qu'en avait dit M. Hubenthal en 1819, malgré les essais de M. Dieffenbach, malgré les observations publiées par M. Bérard jeune en 1833, malgré les essais nombreux de M. Seutin en Belgique, malgré les écrits de MM. Deroubaix, Fromont, Cunier, malgré les modifications importantes apportées successivement par quelques-uns de ces chirurgiens, c'est-à-dire par MM. Larrey et Seutin, à l'appareil inamovible, il n'était employé nulle part dans les hôpitaux civils de Paris, lorsque je l'y ai introduit d'abord en 1828, puis en 1830, puis en 1832, et enfin en 1836. Ici je n'ai point de priorité à invoquer. Ce ne serait que pour avoir mis en évidence, montré

à tous les yeux les avantages d'une médication importante, que je réclamerais l'attention des praticiens sous ce point de vue, si je tenais à réclamer quelque chose.

Mais l'appareil inamovible n'a pu se généraliser que par suite des perfectionnemens et de la simplification dont il a été l'objet. Ces changemens se rapportent à la matière dont on construit le bandage et à la manière d'en appliquer les différentes pièces. On a vu précédemment que Chaumette imbibait ses linges d'une sorte de mastic, et qu'il se servait d'*étoupes*, puis de *blancs d'œufs* et de bandes préparées de la même manière. Belloste faisait aussi usage du blanc d'œuf auquel il associait le vinaigre et l'huile rosat. Les Grecs paraissent s'être servis de coquillages et de mastic, et il semble que le plâtre, préféré par Eaton, Hubenthal, M. Dieffenbach et par M. V. Onsenoort, était employé en Egypte. Moscati trouva dans le blanc d'œuf seul une matière suffisamment solide, et facile à se procurer partout. M. Larrey insiste beaucoup sur les avantages d'un mélange de blanc d'œuf, d'eau-de-vie et d'eau de saturne. Toutes ces matières, qui remplissent bien l'indication sous le rapport de la dureté qu'elles donnent au linge, et que j'avais déjà essayées à Saint-Antoine et à la Piété, ont l'inconvénient sérieux de rendre difficile le changement du bandage à la volonté du chirurgien. Aussi, en leur substituant de la colle d'amidon qui est très soluble, quoique susceptible de prendre une grande dureté, M. Seutin a-t-il rendu un véritable service aux partisans de l'appareil inamovible.

Pour moi, qui étais à la poursuite de l'inamovibilité des bandages depuis 1818, qui parlais déjà, dans ma *Dissertation de* 1823, d'une colle solidifiante faite avec de la farine, de la *farine de seigle surtout* et du vinaigre, qui me de-

mandais si les proportions et les diverses substances de l'emplâtre dont je parlais alors ne pourraient pas être changées, qui ajoutais : « L'usage, mieux que ce qu'on peut dire, ap« prendra quel parti on peut tirer de ce moyen et comment « on doit s'en servir, si quelqu'un le trouve digne d'attention « et veut s'en occuper avec soin, » je ne tardai pas à essayer le liquide préconisé par M. Larrey, ainsi que le démontrent d'ailleurs et la thèse de M. Larrey fils, et M. Meynier, et l'un des comptes-rendus de mon service à l'hôpital Saint-Antoine un 1829, compte-rendu publié par M. Fournier dans le tome VIII du *Journal hebdomadaire*. Contrarié par la difficulté de ramollir le bandage ainsi préparé, quoique j'eusse essayé autrefois, d'après les indications de M. Bretonneau, une colle faite avec la farine de seigle, et le moule en plâtre de M. Dieffenbach, je me hâtai d'adopter, en 1836, l'amidon que M. Seutin venait d'introduire dans la pratique. Mais en suivant les préceptes du chirurgien de Bruxelles, à en juger du moins d'après ce qu'il avait écrit et fait écrire jusque-là, il était nécessaire de faire cuire l'amidon pour le réduire en colle, de l'appliquer chaud, d'en placer une couche, soit avec les mains, soit avec un gros pinceau, sur chaque plan du bandage, et il fallait trois jours pour obtenir la dessiccation de tout l'appareil.

C. Or, j'ai trouvé dans la *dextrine* une substance beaucoup plus facile à manier. Cette poudre, en effet, qui paraît devoir rendre de grands services à l'industrie et aux arts, se dissout facilement dans l'eau, soit à froid, soit à chaud. Sa dissolution peut se conserver ainsi pendant plusieurs mois. Étalée à la surface des linges, elle les rend adhésifs comme des emplâtres. Les bandes qu'on y plonge s'en imbibent et deviennent très agglutinatives. Ainsi mouillée, la bande

s'applique autour des parties comme une bande ordinaire, et met à l'abri du besoin des pinceaux, du badigeonnage et des éclaboussures que l'emploi de l'amidon rend presque inévitables. En ajoutant de l'alcool à la solution de dextrine, on en fait un liquide résolutif comme l'eau-de-vie camphrée, et on obtient des appareils qui se dessèchent en six, douze heures, moitié plus vite au moins qu'avec l'amidon, outre qu'ils se collent mieux, qu'ils sont plus durs, et que la même bande, simplement mouillée, pourrait être appliquée de nouveau sur un autre membre après avoir été séparée du premier.

La dextrine diffère au surplus de l'amidon en ce qu'elle est soluble dans l'eau froide, tandis que l'amidon y est insoluble. Ainsi, en délayant à froid la dextrine dans l'eau, on obtient immédiatement une substance collante plus ou moins épaisse suivant les proportions d'eau.

La dextrine acquiert, soit par l'eau froide, soit dans l'eau chaude, une qualité gommeuse que ne peut avoir l'amidon.

Telle que la prépare M. Jacob, elle ne coûte pas plus cher que l'amidon, elle se présente sous la forme d'une poudre blanche dont les granules arrondis ont à-peu-près la forme des grains de fécule. Ces granules observés sous le microscope disparaissent au moment où l'on y ajoute de l'eau. La solution un peu épaisse de dextrine se conserve très longtemps sans s'altérer.

On l'emploie aujourd'hui à plusieurs usages dans lesquels elle remplace des gommes exotiques (Expériences de M. Payen.)

D. *Forme du bandage.* — On ne sait rien de positif sur la forme que les Grecs, les Arabes et les Égyptiens, que les Indiens, les Américains et les Brésiliens, que les Espagnols

eux-mêmes donnaient à leur bandange inamovible; les passages y relatifs de Chaumette, de Belloste, de Moscati n'ont rien non plus d'assez précis ou d'assez général pour mériter d'être discutés. C'est donc à partir de M. Larrey que les bandages inamovibles ont été étudiés sous ce point de vue. On a vu, dans ma note de septembre 1837, que ce chirurgien emploie le bandage à dix-huit chefs, quelques compresses, une talonnière, des fanons et des liens. De cette façon on obtient, soit avec les blancs d'œufs, soit avec l'amidon, soit avec la dextrine, un appareil inamovible très solide, il est vrai, mais un appareil d'abord assez lourd, ensuite trop inégal pour permettre au membre de se mouvoir sans difficulté. Il ne paraît pas que M. Bérard ait rien changé à la forme du bandage de M. Larrey.

M. Seutin, au contraire, se sert d'un triple ou d'un quadruple plan du bandage de Scultet avec la talonnière à la place du bandage à dix-huit chefs, et, comme Belloste, il applique entre ces plans deux plaques de carton et une semelle de même nature sous la plante de pied pour les fracture de la jambe; le tout est ensuite soutenu pendant quelques jours avec un drap fanon, des faux fanons, et quelques liens comme dans le bandage de M. Larrey.

Au lieu de toutes ces pièces, je préfère le simple bandage roulé, c'est-à-dire une bande de largeur et de longueur convenables, dont je fais sur le membre des tours qui se recouvrent des deux tiers, des trois quarts ou même des quatre cinquièmes chacun, et qui doivent recouvrir aussi toute l'étendue de la partie malade. Je place *quelquefois* entre les différens plans de ces circulaires des plaques de carton ou de papier mouillé; je puis ainsi, même quand j'emploie le bandage de Scultet, soit avec l'amidon, soit avec la dex-

trine, me dispenser de talonnière, de semelles, de coussins, d'attelles, de fanons, de faux fanons et de liens. La bande m'offre le grand avantage de permettre d'en diminuer ou d'en multiplier les circulaires à volonté, de presser un peu plus sur un point, un peu moins sur un autre, de la porter obliquement, transversalement, dans toutes sortes de directions alternativement, d'en recouvrir tout le membre d'une manière égale, ou de simuler des espaces, des espèces de *trous* vis-à-vis des points que je veux laisser libres, ou qu'il convient de panser séparément, tandis MM. d'Hubenthal, Dieffenbach, Seutin sont obligés de percer ou de couper leur bandage quand ils ont besoin d'ouvertures semblables.

Cette forme de bandage est employée par moi depuis près de vingt ans. On a vu par les extraits tirés de ma thèse que j'en préconisais déjà l'efficacité d'une manière générale en 1823. L'observation tirée des *Archives* prouve que je m'en servais pour les fractures de la jambe en 1825. Si on ne voulait pas s'en rapporter à ma parole, le passage suivant démontre que je le combinais déjà avec les matières solidifiables en 1829 : « Dans un assez grand nombre de fractures « simples, dit M. Fournier en parlant du service de l'hôpital « Saint-Antoine, M. Velpeau s'est servi avantageusement d'un « appareil analogue à celui de M. Larrey. On fait avec de « l'étoupe un gâteau dont on recouvre une des faces du mé- « lange suivant : Dix blancs d'œufs, six onces d'eau de Gou- « lard, trois onces d'eau-de-vie camphrée ; on place le « membre blessé dans cette sorte de plumasseau qui l'enve- « loppe parfaitement et dont la surface externe est encore « arrosée avec le même mélange. L'appareil est ensuite re- « couvert de compresses par dessus lesquelles on applique, « *soit le bandage de Scultet, soit les bandelettes séparées,*

« SOIT UNE SIMPLE BANDE ROULÉE, suivant le cas. L'espèce « de maçonnerie formée par l'étoupade se moule exactement « autour des parties qu'elle embrasse, et leur adhère bien- « tôt fortement. Comme, au bout de quelque temps, elle fi- « nit par ne plus serrer complètement le membre, à cause « de la diminution graduelle de celui-ci, on la renouvelle « ou mieux on l'humecte simplement avec la préparation « indiquée. Dans plusieurs *cas d'entorse,* ajoute M. Four- « nier, M. Velpeau a aussi fait usage avec succès de l'étou- « pade, dont l'action se combine surtout ici avec la facilité « qu'elle donne *d'appliquer une compression très égale* « *et très exacte autour des parties* (*Journal hebdomadaire,* « tome VIII, 1830). » Je ne faisais d'ailleurs là qu'appliquer dans les hôpitaux les préceptes invoqués en 1823 dans ma *Dissertation*. Enfin, on voit par le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* (tome 1er, page 427) et par la *Gazette médicale* (1837, page 126), qu'en essayant la colle d'amidon, en 1836 et au commencement de 1837, c'était encore le bandage roulé que je préférais. . . . .

De tout ceci je crois donc pouvoir conclure, 1° que, eu égard à ce qui s'est fait en Belgique sous ce rapport, l'appareil inamovible dont je fais usage aujourd'hui est en entier de mon invention ; 2° que j'en avais l'idée dès 1820 ; 3° que la proposition d'essayer une compression permanente et inamovible a été faite par moi dès cette époque, pour ce qui concerne les engorgemens articulaires et toutes les maladies chroniques qu'il est permis de traiter par la compression en général ; 4° que le bandage roulé a été décrit par moi, comme bandage compressif, dans le traitement des fractures, d'abord en 1826 sans idée d'inamovibilité, puis en 1830 comme appareil inamovible avec le blanc d'œuf, ensuite en 1836 avec

l'amidon, et enfin depuis le mois d'octobre 1837 comme bandage inamovible avec la dextrine ; 5° que personne avant moi n'avait proposé ni employé la solution de dextrine, dans le but de rendre les bandages inamovibles et adhésifs.

Du reste, je m'y prends maintenant de la manière suivante dans la confection du bandage : Je délaie un verre de dextrine dans une égale quantité d'eau-de-vie, jusqu'à consistance de miel ; j'y ajoute un grand demi-verre d'eau simple ; je malaxe la bande déroulée dans ce mélange, puis je la roule en ayant soin de la serrer, de l'*exprimer* avec force. Je l'applique ensuite sur le membre préalablement garni de compresses, d'un bandage roulé ou de Scultet sec et, quelquefois, d'attelles, de carton. Tenu à l'air suspendu sous un cerceau, ce bandage se durcit dans l'espace de quatre à huit heures.

Comme la plupart de ces détails, dont la connaissance aurait sans doute prévenu les reproches qui m'ont été adressés, étaient passés inaperçus, j'ai dû les rappeler afin de mettre le public à même de juger si c'est moi qui ai le plus emprunté aux autres chirurgiens, ou si c'est à moi que les autres ont le plus pris dans la grande question des appareils inamovibles, tels qu'on les emploie aujourd'hui. Pour cela il convient au surplus de ne pas oublier que j'ai raisonné, en ce qui concerne l'amidon et la forme du bandage, d'après les préceptes établis par M. Seutin jusqu'en 1836, et non d'après ce que ce chirurgien a pu dire depuis, attendu que son bandage d'aujourd'hui n'est plus celui d'autrefois, et que plusieurs des simplifications primitives du mien sont adoptées maintenant par lui.

Je ne discute point en ce moment la question de savoir si mon bandage vaut mieux que les autres, ni la valeur soit relative, soit absolue des divers bandages inamovibles. Mon

seul but, dans cette note, est de mettre les chirurgiens impartiaux à même de voir si, moi, qui jusqu'à présent n'ai récriminé contre personne, je devais m'attendre aux attaques dont je suis journellement l'objet en Belgique.

J'aurai à m'occuper une autre fois de ces appareils sous le point de vue pratique.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU BUBON,

Par M. Marchal (de Calvi), D.-M.-P.

On a immensément écrit et immensément discuté sur les maladies vénériennes. Peut-être serait-il temps d'intervenir entre les opinions rivales. Peut-être serait-il temps de compter avec une doctrine syphiliographique qui met une certaine complaisance à publier sa gloire; de rechercher si elle a effectivement accompli les grandes choses qu'elle s'attribue, et si beaucoup de ses triomphes ne sont pas des illusions; de déterminer, enfin, quelle a été la part de chacun aux progrès qui se sont accomplis dans l'étude des maladies vénériennes. Telle ne sera pas notre tâche aujourd'hui. Bornons-nous à dire que, lorsque la vérité chronologique brillera sur les œuvres contemporaines, il y a des prétentions qui s'en trouveront réduites.

On donne le nom de bubon vénérien, ou plus simplement et plus généralement de bubon, à l'inflammation aiguë ou chronique des ganglions lymphatiques, par l'effet du virus vénérien, inflammation accompagnée de celle du tissu cellulaire environnant, quand elle est aiguë.

Le nom de bubon vient du mot grec Βουβων qui signifie aine. Entre autres inconvéniens, il a celui de faire supposer que l'affection qu'il sert à désigner ne se développe qu'à

l'aine, tandis qu'elle peut se produire dans d'autres parties, rarement à la vérité. Quoi qu'il en soit, comme une dénomination est avantageuse dès qu'elle a un sens bien déterminé et le même pour tous; comme, sous ce rapport, celle de bubon ne laisse rien à désirer, elle restera vraisemblablement dans la science, à l'exclusion de la dénomination d'adénite.

Une forme particulière d'abcès se rapprochant du bubon, sur laquelle Hunter a fixé l'attention est la suivante : Quelquefois, à la suite d'ulcères ou de chancres existans sur le gland ou le prépuce, les vaisseaux lymphatiques de la verge s'enflamment et se manifestent sous forme de cordes dures qui vont se perdre sur la racine de l'organe, sur le pubis, ou même dans les ganglions inguinaux. Hunter expliquait ce phénomène par l'épaississement des parois de ces vaisseaux, et par l'épanchement d'une certaine quantité de lymphe coagulable dans leur cavité. Ce sont ces vaisseaux, ainsi enflammés et épaissis, qui peuvent suppurer dans un ou plusieurs points, de manière à former un ou plusieurs abcès. Il se passe un phénomène analogue dans l'angio-leucite simple, où l'on voit quelquefois des abcès plus ou moins volumineux se produire çà et là, dans les points où les vaisseaux enflammés se rencontrent en plus grand nombre, et se croisent.

Hunter a eu connaissance de quelques exemples fort rares de bubon dans le creux de l'aisselle. Il a vu des cas dans lesquels la syphilis avait été contractée par un ulcère ou une coupure au doigt. Lorsque cela arrive, si c'est un bubon qui a lieu, il se manifeste plutôt au pli du bras (1) ou au côté interne du biceps que dans le creux axillaire (Samuel Cooper).

L'aine étant le siège presque exclusif, et, en quelque sorte

(1) C'est au-dessus de l'épitrochlée que M. Sam. Cooper veut dire, car il n'y a point de ganglions au pli du bras.

normal du bubon vénérien, c'est du bubon inguinal que nous allons nous occuper uniquement. Dans l'aine même, le siége du bubon est sujet à varier. Hunter a vu, chez un homme, un bubon situé très loin en dehors de la cuisse. Il a également observé des bubons au dessus du ligament de Poupart, et aux environs du pubis. Une remarque assez intéressante consiste en ce que ni les glandes de la région iliaque, ni celles qui existent le long de la colonne vertébrale, ne sont jamais affectées de bubon, ce qui s'explique par l'anatomie (*V*. plus bas).

Chez la femme, le siége du bubon, également variable, serait subordonné à celui du chancre. Voici cette subordination, telle qu'elle a été indiquée, d'une manière qui pourrait être plus précise, par M. Samuel Cooper : si le chancre existe aux environs du méat urinaire, des nymphes, du clitoris, des grandes lèvres ou du mont de Vénus, le bubon se forme près de l'endroit où le ligament rond sort de l'abdomen, quelquefois plus inférieurement dans l'aine : si le chancre est situé plus bas vers le périnée, l'inflammation ganglionnaire se manifeste dans la ligne profonde qui résulte de la jonction de la cuisse et de la grande lèvre. On verra tout-à-l'heure que le fait d'un bubon produit par un chancre préexistant est le cas le plus rare. Que devient alors la subordination établie par l'auteur anglais ?

M. le docteur Denis a vu, chez la femme, mais assez rarement, des bubons se développer plus ou moins bas sur la cuisse, à deux ou trois travers de doigt de la racine du membre, quelquefois sur le trajet de l'artère crurale, d'autres fois plus en dedans.

Les ganglions de l'aine forment un groupe superficiel et un groupe profond. Les ganglions du premier reçoivent,

les uns, les vaisseaux lymphatiques des parties génitales externes et ceux qui rampent dans le fascia sous-cutané de l'abdomen; les autres, la plupart des vaisseaux lymphatiques superficiels du membre inférieur. Ceux de ces ganglions qui reçoivent les lymphatiques des parties génitales sont situés dans le pli de l'aine ou au-devant du ligament de Fallope; les autres plus bas et en dedans. Les premiers, d'après M. Velpeau, pourraient seuls être le siége du bubon provenant d'un virus absorbé par les lymphatiques des parties génitales. « Les autres ne se gonflent que sous l'influence d'une maladie du membre abdominal. » Cette maladie peut être un ulcère vénérien existant entre les orteils; alors le bubon lui-même est syphilitique. Mais n'arrive-t-il jamais que des vaisseaux lymphatiques des parties génitales se rendent, par anomalie, aux ganglions inférieurs, de sorte que ceux-ci pourraient alors devenir le siége de bubon, par l'effet d'un virus qu'auraient absorbé les lymphatiques génitaux?

Une distinction relative au siége, due à M. Desruelles (1), est celle qui divise les bubons en superficiels ou sus-aponévrotiques et profonds ou sous-aponévrotiques : elle est importante, particulièrement sous le rapport du pronostic, un bubon profond, dans lequel l'inflammation est bridée par l'aponévrose, devant donner lieu à des accidens inflammatoires plus intenses que ceux d'un bubon superficiel.

Cette distinction est en opposition avec l'opinion suivante de M. le professeur Velpeau (2) :

« Les ganglions profonds, au nombre de trois, quatre, cinq, entourent l'artère fémorale, siégent entre les deux feuillets du fascia lata, et communiquent avec les précé-

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes*; Paris, 1836, p. 527 et suiv.

(2) *Anatomie chirurgicale*, 3e édit. Paris, 1836, t. II, p. 528.

dens (les superficiels) à l'aide d'artérioles, de veinules et de troncs lymphatiques. Ces pédicules, paraissant devoir transmettre aux glandes profondes les maladies des autres, rendent singulier de voir les bubons se multiplier sous la peau, y demeurer long-temps, sans qu'il en survienne par suite dans le canal crural. » Nonobstant ce passage, comme il existe, entre les ganglions superficiels et les ganglions profonds, des communications directes, par le moyen même de vaisseaux lymphatiques, il nous semble possible que le virus syphilitique se porte des parties génitales aux ganglions superficiels, et de ceux-ci aux profonds. Est-il même bien sûr que des vaisseaux lymphatiques des parties génitales ne puissent quelquefois aboutir directement aux ganglions profonds ? Nous pensons donc que la distinction de M. Desruelles n'est pas détruite par les raisons anatomiques qui viennent d'être discutées, et mérite d'être conservée.

Nous admettons que le bubon aigu consiste encore plus dans l'inflammation du tissu cellulaire ambiant que dans celle du ganglion lui-même. L'inflammation du ganglion n'est que le point de départ et, pour ainsi dire, le premier temps du bubon.

Voici une phrase de M. Velpeau qui rend très bien notre manière de penser à ce sujet : « Il y a deux ordres de phénomènes pathologiques. Les uns, primitifs, produits de la cause spécifique, se passent dans les ganglions mêmes ; les autres, secondaires, se comportant comme s'ils dépendaient d'une toute autre cause, ont leur siège dans le tissu cellulaire ambiant. »

Ce n'est pas à dire que le ganglion lui-même ne puisse suppurer. Mais la suppuration du ganglion, dans le bubon, est le fait exceptionnel. Le fait général est l'inflammation

et la suppuration du tissu cellulaire. M. Velpeau professe que dans les cas de ganglions enflammés, la suppuration peut se former : 1° dans les ganglions ; 2° dans le tissu cellulaire sous-jacent au ganglion ; 3° dans le tissu cellulaire qui se trouve au-devant de lui ; 4° dans tout le tissu cellulaire ambiant ; 5° enfin, à-la-fois en avant, en arrière, et dans le ganglion, qui présente une sorte de canal, par lequel le pus de la partie antérieure communique avec celui de la partie postérieure. L'abcès offre alors la figure d'un de ces boutons à deux têtes, dont on se sert pour fixer les chemises.

Quel est le mode, ou plutôt quels sont les modes de production du bubon ?

Un premier mode admis par Hunter est celui dans lequel le pus d'une gonorrhée ou d'un chancre, appliqué sur une surface saine, n'y détermine aucune lésion locale, et est absorbé pour aller directement produire un bubon. Ce mode, d'après Hunter lui-même, est extrêmement rare. Nous admettons parfaitement qu'un bubon puisse se former ainsi directement, sans qu'il se produise d'autres accidens vénériens ; mais nous ne pensons pas que jamais un bubon puisse être produit par le pus de la gonorrhée, de sorte que nous n'adoptons qu'avec une réserve la proposition de Hunter.

Le mode le plus fréquent et qui constitue la règle, est celui dans lequel un chancre a préexisté au bubon, ou dans lequel un chancre et un bubon se sont développés en même temps. Dans ce dernier cas, il est bien évident qu'il ne peut y avoir aucun rapport de causalité du chancre au bubon. Le mode de production est le même que plus haut ; seulement le bubon est accompagné d'un chancre.

Lorsque le chancre a préexisté au bubon, une question se

présente : Le chancre a-t-il donné lieu au bubon, ou bien ces deux accidens ont-ils été, comme dans le cas précédent, déterminés en même temps, quoique l'un se soit manifesté avant l'autre, ce qui se conçoit parfaitement, attendu que, pour déterminer le bubon, le virus a dû parcourir une certaine étendue de vaisseaux lymphatiques, tandis que, pour déterminer le chancre, il n'a eu aucun trajet à parcourir? Nous pensons que l'une et l'autre chose peuvent avoir lieu. Toutefois, si l'on considère que, très souvent, le chancre qui a précédé un bubon est à peine sensible, que, par conséquent, il n'a pu encore fournir à l'absorption qu'une très petite quantité de pus, en supposant qu'il en ait fourni, on sera porté à admettre que, lorsqu'après un coït impur, il se forme d'abord un chancre, puis un bubon, ils sont, le plus fréquemment, un effet simultané, et non l'effet l'un de l'autre. On voit, d'après cela, combien seraient rares les bubons consécutifs, c'est-à-dire déterminés par un chancre existant déjà sur le même individu. En résumé, voici ce qui nous semble pouvoir être établi sur les modes de production du bubon :

1° Un bubon peut être déterminé directement de l'homme à la femme et de la femme à l'homme par le pus d'un chancre, sans autre accident.

2° Un bubon peut être déterminé directement et un chancre être déterminé en même temps, de manière à ce qu'ils se manifestent simultanément, indépendamment l'un de l'autre.

3° Un bubon peut être déterminé directement, et un chancre être déterminé en même temps, de manière toutefois à ce que le chancre se manifeste avant le bubon, indépendamment l'un de l'autre.

4° Un chancre peut déterminer un bubon sur le même individu.

Hunter, Assalini, et plusieurs autres chirurgiens, ont observé que, quelquefois, les frictions mercurielles déterminaient la formation d'engorgemens ganglionnaires dans la région de l'aine.

Il est généralement facile de distinguer la tumeur produite par une inflammation des ganglions de l'aine d'une autre tumeur de cette partie. N'oublions pas, toutefois, que cette région inguinale, si intéressante et si compliquée sous le point de vue chirurgical, a été le théâtre de bien fâcheuses méprises. On a vu Cullerier, croyant avoir affaire à un bubon, plonger le bistouri dans une tumeur anévrismale. C'est un cas que M. le professeur Marjolin ne manque jamais de citer quand il fait l'histoire des abcès. Rien n'était prêt pour une aussi redoutable éventualité. Le chirugien surmonta son émotion. La plaie fut tamponnée avec de la charpie enfoncée dans la cavité de la tumeur; on appliqua un bandage compressif. L'hémorrhagie s'arrêta, et le chirurgien fut assez heureux pour sauver son malade, qui guérit définitivement.

Relativement aux hernies, deux choses peuvent arriver : ou le bubon est pris pour une hernie, ou une hernie est prise pour un bubon. Le premier cas s'est présenté dans le fait de Sabatier. Il s'agissait d'un officier qui, à la suite d'un effort, avait vu se produire une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, dans la région de l'aine, et qui, d'ailleurs, ne croyait avoir aucun motif de craindre la maladie vénérienne. Sabatier prescrivit l'application d'un bandage herniaire; les symptômes se prononcèrent davantage, et l'erreur fut reconnue. Tout ici avait concouru à fausser le diagnostic. La circonstance de l'effort ne devait-elle pas sembler décisive? Dans d'autres cas, avons-nous dit, et plus souvent, c'est une hernie qui est prise pour un bubon. Tout le monde

connaît l'observation rapportée par Louis, dans son mémoire sur les hernies avec gangrène. M. Burdin jeune (*V.* le mémoire de M. Mondière, dans les *Archives*, 2e série, tome IV) a fait connaître le cas d'un homme qui portait à l'aine une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, tumeur qui fut prise par l'un des plus célèbres praticiens de la capitale pour un bubon. D'autres médecins n'étaient pas de cet avis ; de son côté, le malade affirmait ne pas s'être exposé à la maladie vénérienne. La tumeur s'ouvrit ; il en sortit un ver et des matières fécales. Un fait à-peu-près semblable est encore rapporté par M. Mondière, qui dit le tenir de M. Dezeimeris. On conçoit que la méprise n'est pas également fâcheuse, selon que l'on prend un bubon pour une hernie, ou une hernie pour un bubon. Dans le premier cas on peut faire souffrir le malade par l'application d'un bandage ; mais c'est à-peu-près la seule mauvaise chance qu'il ait à courir. Dans l'autre, on peut inciser la tumeur, et ouvrir largement une anse intestinale.

Il suffit que de semblables méprises soient possibles ; il suffit, surtout, que des chirurgiens du premier mérite aient pu les commettre, pour que l'on se tienne sur ses gardes. Il ne faut jamais s'exagérer les difficultés du diagnostic ; mais, aussi bien, il ne faut jamais agir légèrement et sans avoir réfléchi aux chances d'erreur.

Si, dans le plus grand nombre des cas, il est aisé de reconnaître que l'on a affaire à un engorgement des ganglions de l'aine, il peut n'être pas toujours facile de savoir quelle est la nature de cet engorgement. Si un chancre existe en même temps que la douleur inguinale, la question n'est pas douteuse. S'il y a gonorrhée, on peut toujours dire que le malade s'est exposé à la contagion vénérienne ; il s'agira seu-

lement de savoir si le bubon est de même nature que lorsqu'un chancre existe ou a existé, question qui sera examinée tout-à-l'heure. S'il n'y a ni chancre ni gonorrhée, et si la verge ne présente aucune cicatrice pouvant faire croire à l'existence antérieure d'un chancre, il peut être très difficile de se prononcer. Nous avons admis avec Hunter, comme on l'a vu plus haut, la possibilité des bubons primitifs, mais nous disons que de réelles difficultés attendent le chirurgien dans le diagnostic de ces tumeurs. Souvent il aura une présomption équivalent pour lui à une certitude, et, cependant, il n'osera, il ne devra pas l'exprimer, attendu que, malgré toutes les apparences, l'accusation qu'il ferait planer sur le malade pourrait être injuste. Ne parlons que de ce qui se passe dans les corps de troupe. Lorsqu'un homme a été envoyé à l'hôpital pour cause de maladie vénérienne, à sa sortie, il est puni de quinze jours de consigne; quelquefois même la punition est plus rigoureuse. C'est là, soit dit en passant, une disposition réglementaire contestable dans sa justice, et attaquable dans ses résultats. Il semblerait qu'un homme est assez puni de n'avoir pu résister aux entraînemens de la jeunesse, par les souffrances qu'il a éprouvées et par un long séjour à l'hôpital. D'un autre côté, la mesure en question ne remédie à rien; les officiers qui l'appliquent ne le font que par soumission aux ordres reçus, persuadés que la punition infligée est complètement inutile, inutile pour l'homme, qui récidivera aussitôt qu'il en aura le désir, inutile, à plus forte raison, pour l'exemple. Enfin, non-seulement cette mesure est inefficace, elle est encore dangereuse, en ce que, pour éviter d'être punis, les soldats parviennent quelquefois, malgré la surveillance, à cacher leur maladie, et se traitent eux-mêmes, ou se livrent à l'ignorance avide des charlatans. Quoi

qu'il en soit, supposons que, chez un soldat, qui sera puni si sa maladie est déclarée vénérienne, une inflammation des glandes de l'aine se développe sans qu'il existe ni chancres ni gonorrhée; supposons, en outre, bien entendu, que le malade déclare ne pas s'être exposé à la contagion, pourra-t-on affirmer qu'il existe un bubon?

S'il était vrai que le bubon n'eût pas d'autre siége que les ganglions du pli de l'aine ou du devant du ligament de Fallope, et si ces ganglions ne pouvaient s'enflammer que sous l'influence du virus syphilitique, la question n'en serait plus une. Mais, d'une part, nous avons vu que le bubon peut se développer plus inférieurement; de l'autre, rien ne prouve que les ganglions du pli de l'aine ne puissent s'enflammer par toute autre cause que le virus vénérien, et, par exemple, à la suite d'une piqûre du pied; de sorte que la difficulté reste la même. Heureusement elle se présente rarement; le bubon vénérien, sans chancre préalable ou concomitant, propre à le faire reconnaître, étant lui-même fort rare.

Le bubon déterminé par le pus virulent d'un chancre, de quelque manière d'ailleurs qu'il se soit produit, diffère essentiellement de celui qui peut résulter de la gonorrhée. Dans le premier cas, il y a eu infection : c'est un virus absorbé et charié jusque dans les glandes, qui a déterminé la maladie; dans le second, les ganglions se sont irrités et enflammés par sympathie : c'est l'irritation du conduit uréthral qui a produit l'inflammation ganglionnaire de l'aine, comme il arrive assez souvent qu'une piqûre du doigt est suivie de la formation d'un phlegmon de l'aisselle, débutant par les ganglions axillaires. Les deux maladies sont vénériennes, puisque, qu'il y ait eu chancre ou gonorrhée, la cause a toujours été vénérienne; mais l'une est vénérienne par sa cause

comme par sa nature, l'autre n'est vénérienne que par son point de départ, et sa nature est exclusivement inflammatoire.

Sans nous occuper des symptômes du bubon, que nous supposons connus, nous arrivons au traitement, dans lequel nous aurons uniquement en vue le bubon essentiellement vénérien, le bubon proprement dit, celui, c'est-à-dire, qui résulte du pus virulent d'un chancre. Il faut avoir présent à l'esprit qu'il y a toujours, dans ce bubon, deux élémens qui sont le produit l'un de l'autre, l'élément virulent et l'élément inflammatoire. C'est en vain que l'on voudrait contester l'un de ces élémens pour n'admettre que l'autre. Ne voir dans un bubon que l'élément inflammatoire, c'est ne voir que la moitié de l'affection; c'est reconnaître l'effet à l'exclusion de la cause. Il n'est pas plus possible de nier le virus vénérien dans ses résultats que le liquide spermatique dans les siens. Les affections syphilitiques se continuent par leur virus, comme les races d'animaux par la liqueur séminale. C'est de part et d'autre la même puissance dans une reproduction fidèle aux types primitifs.

Le bubon est aigu ou chronique, franchement inflammatoire ou indolent. Le traitement diffère dans ces deux cas.

Traitement du bubon franchement inflammatoire ou aigu. — Ce traitement a pour but de résoudre l'inflammation, de la faire avorter ou, la terminaison par suppuration n'ayant pu être empêchée, de vider la tumeur et d'amener la cicatrisation de la plaie. Il est donc abortif ou curatif.

Traitement abortif. — On doit toujours l'essayer lorsque le malade se présente à une époque où la résolution est encore possible. Il y a une idée dans le vulgaire, c'est que si l'on empêche un bubon d'aboutir, le virus reste dans l'éco-

nomie. Cette idée n'est pas sans fondement. Lorsque le chirurgien, négligeant l'élément générateur, essentiel de l'affection, se borne à combattre les accidens inflammatoires, il est très possible, en effet, que le virus subsiste. Et il ne faut pas s'écrier que ce sont là de vieilles doctrines indignes de revoir le jour. Pour déterminer une inflammation, le virus vénérien, comme tout autre agent irritant, a besoin de sang; si on applique des sangsues sur le point où il a été transporté, et que, par ce moyen, aidé de quelques autres, on le prive de l'élément sanguin indispensable, bien certainement il restera inefficace dans le point indiqué; mais rien ne dit qu'il ne pourra être résorbé et porter ailleurs sa funeste influence. Notre opinion est donc que, quel que soit le moyen employé localement, à moins que l'on n'applique l'onguent mercuriel en frictions, dont il sera question plus bas, il faut avoir recours en même temps à des moyens généraux, capables d'agir sur les sécrétions ou d'une manière spécifique, et par là, d'expulser ou de neutraliser le principe virulent. Nous ne pensons pas qu'un huitième de grain de deuto-chlorure ou de proto-iodure de mercure, pendant une quinzaine de jours, et l'usage de la salsepareille, pendant un mois, puissent, dans aucun cas, produire de mauvais résultats. Tout au contraire, nous avons vu, sous l'influence de ces moyens, les changemens les plus avantageux s'opérer dans la nutrition générale. Souvent, chez les malades que l'on soumet à leur usage, non-seulement les accidens diminuent, mais encore l'appétit augmente, et bientôt l'embonpoint se prononce.

Dans une garnison où nous étions détaché avec un bataillon, nous avons traité, à l'infirmerie régimentaire, un certain nombre de bubons commençans; et voici quelle mé-

thode nous avons suivie : cautérisation profonde du chancre avec le nitrate acide de mercure, répétée au besoin ; application d'une vingtaine de sangsues sur le bubon ; dès le commencement, une pilule avec un huitième de grain de proto-iodure de mercure tous les matins, et un pot de tisane de salsepareille tous les jours. Du reste, régime anti-phlogistique tant que duraient les accidens inflammatoires, puis régime ordinaire. Ce mode de traitement nous a parfaitement réussi.

Si l'on ne voit pas que les accidens inflammatoires aient été suffisamment modifiés par une première application de sangsues, il ne faut pas craindre d'en faire une ou plusieurs autres, attendu que si les déplétifs locaux ne réussissent pas à résoudre la tumeur, ils servent toujours à diminuer l'inflammation et à borner l'étendue du bubon.

La cautérisation n'a pas uniquement pour objet d'empêcher la sécrétion du liquide virulent par le chancre, elle tend aussi à déterminer la prompte cicatrisation de ce dernier. Si, toutefois, le chancre était assez étendu et enflammé, il faudrait renoncer à la cautérisation, bien qu'elle réussisse, plus qu'on ne le croirait, même dans les chancres avec inflammation.

Un moyen abortif conseillé par quelques chirurgiens consiste dans l'application de la glace après celle des sangsues. Dans un cas où il était d'une extrême importance qu'un bubon et un petit chancre du prépuce disparussent le plus promptement possible, nous prescrivîmes une application de vingt-cinq sangsues, suivie pendant deux jours de celle de la glace ; la guérison du bubon fut complète au bout de ce temps ; celle du chancre, cautérisé deux fois, se fit attendre huit jours. Il ne faudrait pas

s'en rapporter à ce cas, qui est certainement exceptionnel. M. le docteur Denis a vu plusieurs fois les symptômes s'exaspérer sous l'influence de la glace, et a renoncé à ce moyen.

Hunter employait, pour amener la résolution des bubons, le mercure en frictions sur la tumeur. Il pensait que la résolution dépendait de la quantité de mercure qui avait pu être absorbée, et admettait que certains bubons étaient trop peu développés pour pouvoir en absorber suffisamment. Dans ce cas, il conseillait d'étendre les frictions aux cuisses. Les onctions mercurielles, d'après lui, remédient à-la-fois à l'inflammation glandulaire et à l'infection générale. Delpech partageait la confiance du célèbre chirurgien anglais; dans cette méthode, qui, toutefois, n'est pas employée en France aujourd'hui, du moins comme méthode abortive du bubon aigu, attendu que si l'onguent mercuriel est capable de modifier l'élément virulent, il agit moins promptement et beaucoup moins sûrement que les saignées locales, aidées des applications émollientes, contre l'élément inflammatoire.

Le vésicatoire simple, comme moyen abortif, ne nous semble pas non plus devoir produire des résultats avantageux. Nous avons vu, chez un officier, un vésicatoire, appliqué sur un bubon inguinal, déterminer la fonte purulente de ce bubon, qui paraissait pourtant avoir une tendance manifeste à la résolution.

Le seul moyen de rendre le vésicatoire assez sûrement résolutif serait peut-être de le faire énorme, à l'instar de ces vésicatoires que depuis long-temps M. le professeur Velpeau emploie, en pareil cas, avec succès, à l'hôpital de la Charité, et qu'il appelle significativement du nom de *vésicatoires-monstres*. A part cela, nous osons affirmer que le vésicatoire, au lieu d'être résolutif est essentiellement maturatif. Dans

tous les cas, le vésicatoire, appliqué pour résoudre un bubon, ne doit pas suppurer. S'il est concevable, en effet, qu'une irritation vive, soudaine et étendue de la peau, puisse déplacer violemment l'inflammation de ganglions sous-jacens, cela ne se comprend plus d'une irritation sourde et lente comme celle d'un vésicatoire suppurant, bien plus capable de produire une inflammation des glandes voisines que de la résoudre.

Une autre méthode abortive a été indiquée par M. Malapert, chirurgien-major, et reproduite par M. Renaud de Toulouse. Elle consiste dans l'application d'un vésicatoire de la largeur d'une pièce de trois francs, dont on panse la plaie avec une solution de deuto-chlorure de mercure. Il se forme une eschare dont l'épaisseur, à cause de la présence d'une certaine quantité de lymphe, est plus considérable que celle de la portion de peau détruite. M. Ricord a donné à cette méthode le nom de *cautérisation médiate*. Elle est extrêmement douloureuse. Il y a des malades qui, avec la plus grande résignation, ne peuvent garder le plumasseau imbibé de sublimé. En outre, l'emploi de cette méthode laisse une cicatrice très étendue, indélébile, résultat fâcheux que le chirurgien doit mettre tous ses soins à éviter. Enfin, elle est souvent inefficace. Expérimentée à l'hôpital du Gros-Caillou, par M. Denis, à l'Hôpital militaire de perfectionnement, par M. Desruelles, elle n'a pas empêché, dans un certain nombre de cas, le bubon de suppurer. Aussi, quoiqu'elle ait obtenu l'adhésion de M. Ricord, et qu'elle ait été imaginée par un de nos collègues les plus distingués, nous n'hésitons pas à nous prononcer contre une méthode qui a le double inconvénient d'être incertaine et très douloureuse.

Beaucoup de praticiens font usage de la compression, lorsque les symptômes inflammatoires ont été suffisamment mo-

difiés. M. Denis emploie souvent ce moyen après une ou deux applications de sangsues, et en retire de bons effets.

Hunter, dit M. Samuel Cooper (*Dictionn. de chirurgie*, article *Syphilis*), était partisan de l'émétique dans le traitement abortif du bubon, et accordait à cette substance la faculté de pouvoir résoudre l'inflammation glandulaire, alors même que du pus s'était déjà formé. Nous ne faisons que rappeler cette opinion d'un grand chirurgien. En France, le tartre stibié n'a jamais été appliqué au traitement du bubon.

Un dernier moyen abortif a été conseillé récemment, et consiste dans les ponctions multiples. Les piqûres de la lancette, dit M. Aubry (1), agissent comme de véritables saignées locales, en déterminant le dégorgement des parties; aussi ne doit-on pas craindre de les faire profondes; l'expérience a même démontré qu'il importait que la pointe pénétrât dans le ganglion, et en divisât l'enveloppe fibreuse. Ce moyen, depuis la nóte de M. Aubry, a été mis en épreuve par plusieurs chirurgiens, entre autres par M. Barthélemy, chargé, à l'hôpital militaire de Picpus, d'un service de vénériens, et paraît avoir produit de bons effets. Le chirurgien que nous venons de citer fait, en ce moment, des essais sur une grande échelle. Nous ne pouvons nous empêcher de penser, tout en subordonnant notre opinion aux faits à venir, que les ponctions multiples comme moyen abortif, doivent être une méthode de traitement moins sûre que celle par les antiphlogistiques et les spécifiques, à laquelle, jusqu'à plus ample information, nous donnons la préférence.

Traitement curatif. — Lorsque le malade s'est présenté tardivement au chirurgien, ou lorsque les moyens propres à

(1) *Gazette médicale*, du 15 août 1840.

arrêter le travail inflammatoire ont échoué, il faut tâcher de modérer ce travail et de limiter la suppuration.

Il est rare que l'on soit obligé de saigner les individus atteints de bubons. Les applications de sangsues peuvent, au contraire, et souvent, doivent encore être employées, étant, plus que tout autre moyen, capables de borner les effets phlogistiques du virus. Des cataplasmes de farine de lin, ou, si celle-ci irrite la peau, de mie de pain ou de semoule, seront appliqués tièdes sur la tumeur. On prescrira le repos horizontal, et la flexion du membre, surtout si le bubon est profond. Le malade prendra des bains entiers, tièdes : les bains de siège, dit M. Ricord, et c'est aussi l'opinion de M. Denis, réussissent ici fort mal. Il faudra, en outre, faire usage, au besoin, de légers purgatifs, pour éviter que le cours du sang veineux dans les parties qui environnent le bassin, ne soit rendu difficile par l'accumulation des matières fécales. On mettra le malade à un régime modéré. Quand rien ne s'y opposera, on donnera un litre de tisane de salsepareille par jour.

Tels sont, d'une manière résumée, les moyens à employer jusqu'à ce que la fluctuation indique qu'il y a de la suppuration à laquelle il est temps de donner issue. Les auteurs spéciaux et les grands auteurs ont établi des règles importantes sur la manière de constater la fluctuation.

Dans quelques cas, la fluctuation n'existe qu'au centre d'une masse enflammée, et alors elle forme, selon l'expression de M. Ricord, une sorte de *puits artésien*. On peut, quoique difficilement si l'on a quelque habitude, se laisser tromper par la mollesse du tissu ganglionnaire, et croire à la présence d'une suppuration qui n'existe pas. On se trompe souvent sur la quantité de suppuration que renferme un bu-

bon, en ce qu'on ne se serait pas imaginé qu'il en contînt une aussi considérable, ce qui arrive particulièrement lorsque le bubon, étant sous-aponévrotique, a fusé sous l'aponévrose, et gagné en largeur et profondeur ce qui lui manque en hauteur extérieurement.

Supposons la fluctuation bien constatée. Hunter voulait que l'on attendît que la peau fût très amincie, précepte que nous ne saurions adopter; attendre, en effet, que la peau soit très amincie, c'est la condamner à une destruction inévitable par l'ulcération, ou par les moyens de l'art.

Le moment étant venu d'ouvrir le bubon, comment faut-il procéder à cette opération? C'est ici que nous sommes amené à parler de la méthode par les ponctions multiples, suivie à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans les salles de M. Denis, chirurgien-major, un de ces praticiens éclairés et consciencieux qu'il faut faire connaître, parce qu'ils sont trop modestes pour se faire connaître eux-mêmes. La note de M. Aubry nous apprend que depuis long-temps M. Cullerier, à l'hôpital du Midi, emploie les ponctions multiples dans le traitement du bubon; ce qui est positif, c'est que ce moyen est usité par M. Denis depuis au moins quinze ans. La question de priorité reste donc en suspens.

Au début, M. Denis emploie le traitement antiphlogistique, proportionné à l'intensité des accidens inflammatoires. Il a observé que le mercure, pendant la période d'irritation, avait une grande tendance à porter son action sur les gencives, et s'abstient de l'administrer à cette époque. Nous devons dire que nous ne partageons pas les appréhensions de M. Denis dans ce cas, attendu que, lorsqu'on a employé le métal spécifique avec mesure, il n'est pas difficile d'arrêter à temps les fâcheux effets qu'il peut produire sur la bouche,

outre que, lorsqu'il a été ainsi sagement administré, il ne les produit que très rarement.

La nécessité du caustique accuse généralement le chirurgien, en ce qu'elle dépend uniquement de l'amincissement extrême de la peau, dont il faut enlever une certaine quantité, et que cet amincissement lui-même ne résulte que de ce que l'on a trop attendu pour ouvrir l'abcès. L'application du caustique donne lieu à la formation d'une plaie considérable, lente à se fermer, et, après la guérison, à une cicatrice beaucoup plus marquée que lorsqu'on a employé l'instrument tranchant. Celui-ci doit donc, à moins de pusillanimité du malade ou d'amincissement extrême de la peau, être préféré au caustique.

Maintenant, comment doit-on se servir du bistouri pour ouvrir un bubon? Généralement on fait une ouverture plus ou moins étendue le long du pli de l'aine, ou, et selon nous plus rationnellement, dans le sens vertical, comme le fait souvent M. Velpeau. Lorsque le bubon est peu volumineux, il est prescrit de se borner à une simple ponction. Mais les cas où cela est possible sont rares. Souvent, pour avoir voulu agir ainsi, on a vu le pus stagner, et décoller les parties voisines. La pratique la plus fréquente consiste donc à faire une incision plus ou moins longue, quelquefois très étendue; or, l'expérience a prouvé que ces sortes d'incisions, quoique déjà préférables au caustique, mettent long-temps à se cicatriser, nécessitent souvent l'excision des bords de la plaie, et laissent une cicatrice très marquée, tous inconvéniens que le procédé employé par M. Denis a pour but d'éviter. Voici en quoi consiste ce procédé.

Au lieu d'une seule incision très étendue, M. Denis fait des ponctions multiples, dont le nombre varie de deux à trois ou quatre, selon l'étendue de la tumeur, et correspondent, ce qu'il est très important de noter, aux extrémités du bubon, de manière à donner issue au pus, au moment où il essaierait de fuser dans les parties voisines, et de les décoller. Si le bubon n'excède pas le volume ordinaire, on se contente de deux ponctions aux extrémités de son plus grand diamètre; s'il est très considérable, on en pratique une ou deux autres aux extrémités du diamètre opposé. Pendant les premiers jours, quelques brins de charpie sont introduits dans les petites ouvertures pour les empêcher de se fermer. Dans les cas très rares où l'on peut se borner à une ponction, M. Denis se comporte à la manière ordinaire. Il est bon, comme le pratique aussi M. Cullerier, de faire les ponctions perpendiculairement ou obliquement au pli de l'aine.

Les ponctions étant disposées aux extrémités du bubon, il suffit d'une pression légère au centre de la tumeur pour la vider, et la peau n'est pas intéressée dans le point où elle est le plus amincie et où les vaisseaux ont le plus besoin d'être ménagés; de cette double circonstance résultent une facile détersion et le prompt recollement du fond de l'abcès à des tégumens qui n'ont pas perdu leur vitalité, de telle sorte qu'en définitive la cicatrisation complète a lieu ordinairement huit à douze jours après l'opération. Un avantage précieux, le plus grand peut-être qui soit attaché aux ponctions multiples, consiste en ce que les cicatrices sont à peine sensibles, souvent imperceptibles. C'est même, en grande partie, le désir d'éviter, chez les femmes surtout, des cicatrices larges et profondes, stigmates éternels de honte, qui a conduit M. Denis à imaginer ce procédé.

La méthode opératoire très simple que nous venons d'indiquer s'appliquerait parfaitement, dans un grand nombre de cas, à l'ouverture des phlegmons ordinaires, et nous ne doutons pas qu'elle ne tende à se généraliser.

Une méthode qui se rapproche de la précédente pour les résultats, quoiqu'elle en diffère notablement par les moyens, est précisément celle de M. Malapert, dont il a déjà été question. Lorsqu'on applique le vésicatoire, et après le vésicatoire le sublimé, dans un cas où la suppuration est formée, on voit se produire à la surface du bubon de petites eschares qui, se détachant bientôt, laissent des ouvertures par lesquelles sort le pus de l'abcès. Ce mode de traitement a été particulièrement employé par M. Renaud, de qui le tient M. Vidal (de Cassis), qui l'a mis souvent en usage avec succès à l'hôpital des vénériens. Considéré en lui-même, ce moyen est avantageux; mis en parallèle avec les ponctions multiples, il est de beaucoup inférieur. Nous avons dit combien il était douloureux.

M. Vidal, qui a aussi employé les ponctions multiples, s'est servi plusieurs fois du scarificateur pour les pratiquer.

M. Denis ne prescrit pas le mercure à tous ses malades atteints de bubon. Il se guide, pour l'administration de ce médicament, sur l'aspect de la plaie, la tendance à la cicatrisation et l'état général du sujet. Certainement il y a des bubons qui guérissent parfaitement sans mercure : Hunter, qui était grand partisan du métal spécifique, le disait lui-même; mais nous croyons qu'il y a plus de sécurité à l'employer dans tous les cas. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, lorsque M. Denis fait usage du deuto-chlorure de mercure, ou du proto-iodure, qu'il préfère, c'est toujours avec la prudente réserve d'un praticien qui connaît à fond le médi-

cament qu'il prescrit. La dose varie d'un huitième à un quart de grain par jour, et s'élève rarement jusqu'à un demi-grain. Chez les femmes, on se borne le plus souvent à un huitième.

Le tort de la doctrine qui proscrit le spécifique est de parler comme si le monde n'avait pas vieilli de cinquante ans. Aujourd'hui, personne n'abuse du mercure. Pourquoi s'obstine-t-on à ne pas s'en apercevoir, et quelle est cette manie étrange de combattre, à l'exemple d'un chevalier fameux, des excès depuis long-temps chimériques?

Traitement du bubon chronique ou indolent. — Nous serons bref dans ce qui nous reste à dire, attendu que la tâche que nous nous étions spécialement proposée est remplie. Le bubon chronique ou indolent est primitif ou consécutif. C'est dans cette forme que l'application de vésicatoires répétés est particulièrement efficace. Ils agissent en déterminant, soit la fonte purulente des ganglions, soit leur résolution. Les frictions mercurielles, les frictions ammoniacales, la malaxation, les douches, la marche forcée, sont autant de moyens propres à résoudre les ganglions indurés, ou à les enflammer, et à les faire suppurer. La compression, combinée avec les vésicatoires ou les frictions irritantes, constitue un mode de traitement à l'aide duquel nous avons vu M. Denis obtenir la résolution de bubons indolens considérables. Si les moyens qui viennent d'être rapidement indiqués n'ont pas produit l'effet désiré, on peut enflammer directement les ganglions par une traînée de potasse caustique. On peut aussi, préférablement, les exciser par tranches, à la manière de M. Desruelles, et les cautériser ensuite, ou y appliquer des sangsues après l'excision, ce qui devrait être tenté d'abord. Les ponctions multiples ont encore ici donné des résultats avantageux. « C'est surtout, dit M. Aubry, dans les cas de bubons chro-

niques indurés que M. Cullerier conseille de percer profondément le ganglion; avis important dont l'omission peut compromettre le succès de la méthode... » On est quelquefois, dans ces sortes de cas, obligé de répéter les ponctions. On devra se guider, pour cela, sur la marche de la maladie. M. Aubry cite trois exemples de bubons très volumineux guéris au bout d'un mois. Il est vraisemblable que, conduit par l'analogie, on ne tardera pas à appliquer les ponctions multiples aux tumeurs scrofuleuses.

Les bubons sont susceptibles de plusieurs complications. Il peut arriver qu'un érysipèle phlegmoneux se développe à la suite d'une application de sangues. On a affaire quelquefois à des sujets de constitution scrofuleuse, chez lesquels la cicatrisation ne marche qu'avec une extrême lenteur. Il y a des bubons qui s'accompagnent d'une ulcération vraiment dévorante, accident affreux dont nous avons vu mourir un jeune soldat au Val-de-Grâce, quoiqu'il eût été soumis au traitement simple. Enfin, les maladies intercurrentes exercent une grande influence sur la marche du bubon. Mais ces diverses complications ne rentrent pas dans le plan que nous nous étions tracé.

MÉMOIRE SUR L'AMPUTATION DE LA JAMBE,

SUIVI DE NOTES A L'APPUI.

PAR M. LE DOCTEUR CH. SÉDILLOT.

Malgré les immenses progrès accomplis dans ce siècle par la médecine opératoire, les chirurgiens n'ont jamais été parfaitement satisfaits des procédés d'amputation du tiers] su-

périeur de la jambe (lieu d'élection) et n'ont pas cessé d'en rechercher de nouveaux.

Les noms de Lowd'ham, de Verduin, de Sabourin, de Ravaton, de Vermale, de J. L. Petit, de Louis, de Sabatier, de Benj. Bell, de Physick, de Dupuytren, de M. Roux, de M. le baron Larrey, de M. Velpeau, comptent cependant parmi ceux des inventeurs des procédés opératoires qui se rattachent à cette amputation, et s'il était permis de se citer après d'aussi hautes illustrations, j'ajouterais que j'ai fait connaître quelques modifications qu'une expérience répétée, pendant la campagne de Pologne de 1831, m'avait suggérées pour la pratique de cette amputation, et qui ont pris rang dans la science, sous la désignation du procédé ovalaire qui porte mon nom.

Ce procédé, toutefois, n'a pas échappé au reproche de ne pas conserver de chairs pour recouvrir les surfaces osseuses, et c'est dans le but d'éviter cette objection, dont la valeur n'est pas, au reste, admise par le plus grand nombre des chirurgiens de notre époque, que je viens d'en imaginer un qui me paraît offrir une supériorité marquée sur tous les procédés à lambeaux, et même sur ceux des autres méthodes.

Afin que l'on puisse juger si j'ai réussi à lever les difficultés dont la solution était encore réclamée, je dirai, en commençant, quelques mots des griefs allégués contre les divers modes d'amputation de la jambe actuellement connus.

Si l'on considère les résultats de la méthode circulaire, on observe, quel que soit le procédé mis en usage, qu'il ne reste en définitive que la peau pour recouvrir les extrémités osseuses. De là : 1° le danger de voir les tégumens pressés, contre l'angle antérieur du tibia, s'ulcérer ou être frappés

de mortification ; 2° l'inflammation des muscles du mollet, qui, étant coupés presque toujours trop bas, tirent la peau en arrière et multiplient les accidens ; 3° l'impossibilité à-peu-près absolue d'obtenir la réunion immédiate de la plaie ; 4° la fréquence de la saillie et de la nécrose du tibia, les complications qui en sont la suite, et les lenteurs de la guérison.

Je crois qu'aux yeux de ceux qui regardent comme inutile la présence des muscles dans le moignon des amputés, la plupart de ces inconvéniens disparaissent, si l'on adopte les différens temps de mon procédé ovalaire, puisqu'il permet : 1° de conserver beaucoup de peau au devant du membre ; 2° de diviser très haut les chairs du mollet ; 3° de couper avec netteté et sur un même plan celles de l'espace interosseux, et de produire une plaie régulière bien disposée pour la réunion, et une prompte cicatrisation.

Toutefois les muscles étant sacrifiés ne doublent pas les tégumens, et les praticiens qui jugent cette condition désavantageuse ont été nécessairement conduits à adopter des procédés à lambeaux.

Lowd'ham, Verduin, Sabourin, pratiquaient un seul lambeau postérieur ; mais ce mode opératoire a été complètement abandonné, et méritait de l'être, parce que le lambeau, correspondant au grand diamètre du membre, offrait beaucoup de longueur, pouvait à peine être coudé sur lui-même en raison de l'épaisseur des muscles, tendait sans cesse à retomber en arrière par son propre poids, ne recouvrait jamais convenablement l'extrémité du tibia, et empêchait le libre écoulement du pus.

On eut alors recours aux procédés à doubles lambeaux, soit antéro-postérieurs, soit latéraux, soit obliques.

Ravaton, après avoir divisé circulairement les tégumens de la jambe, les incisait perpendiculairement de chaque côté sur les bords latéraux du tibia et du péroné, formant de cette manière deux lambeaux carrés, l'un en avant, l'autre en arrière du membre.

Vermale taillait par ponction deux lambeaux verticaux dont les extrémités étaient arrondies.

Dupuytren, au rapport de MM. Bégin et Sanson, suivait un procédé analogue à celui de Ravaton, et formait deux lambeaux complètement latéraux, au moyen de deux incisions longitudinales (antéro-postérieures) réunies par une incision circulaire.

La seule différence notable entre les deux procédés est que Ravaton commençait par l'incision circulaire, ce qui me paraît réellement préférable.

M. le professeur Roux, dans le but de rendre plus facile la formation des lambeaux, pratique une première incision longitudinale de trois pouces de longueur sur la crête du tibia, taille ensuite par ponction le lambeau interne, et finit par le lambeau externe, qu'il divise de dedans en dehors de la même manière. Ce procédé, d'une exécution assez aisée, donne des lambeaux coupés presque carrément en avant, comme ceux de Ravaton, et arrondis en arrière comme ceux de Vermale.

M. le baron Larrey est également arrivé à une sorte d'amputation à deux lambeaux latéraux, en divisant longitudinalement les tégumens, en avant et en arrière de la jambe, après avoir achevé à la manière ordinaire l'amputation circulaire.

M. Velpeau, préférant des lambeaux légèrement obliques, embrasse de la main gauche la moitié antérieure de la jambe,

applique la pointe du couteau sur la face externe du tibia, rase la crête de cet os, suit le ligament interosseux, contourne le péroné, et, inclinant de nouveau l'instrument en arrière, le fait sortir au bord externe du membre, et termine ainsi un premier lambeau antéro-externe. Le second lambeau est ensuite achevé, également par ponction, avec une très grande facilité.

Enfin, Benj. Bell a proposé un seul lambeau latéral, taillé au niveau du point où les os doivent être sciés, et assez long pour recouvrir la plaie.

Quelle que soit la valeur de ces procédés, nous devons avouer qu'aucun d'eux ne nous semble à l'abri d'assez graves reproches.

Les procédés à lambeaux antéro-postérieurs, ou légèrement obliques dans le même sens, offrent l'extrême difficulté de glisser le couteau autour du tibia, et d'en suivre régulièrement la partie antérieure, dont la saillie triangulaire est fort prononcée. Le lambeau qui en résulte n'est formée en dedans et en avant que par la peau; le lambeau postérieur est, au contraire, doublé d'une trop grande épaisseur de muscles et n'est pas suffisamment soutenu. La plaie est très vaste, peu susceptible de rester fermée, mal disposée pour l'écoulement du pus; de quelque manière que l'on opère la réunion, il y a toujours à la base des lambeaux un vide correspondant à la surface divisée du tibia, et l'accumulation, dans ce point, du sang, de la sérosité et du pus, expose à l'inflammation, à la dénudation des os, et à la phlébite.

Les doubles lambeaux latéraux me paraissent infiniment supérieurs aux précédens; mais ils ne peuvent cependant recouvrir d'une manière immédiate l'extrémité du tibia, laissent un vide au-devant d'elle, sont d'une épaisseur inégale, et

tendent par leur poids à être entraînés en arrière et à faire saillir entre eux l'angle prétibial. Quelques-uns de ces inconvéniens, toutefois, peuvent être en partie évités par la méthode mixte que j'ai fait connaître, et qui présente les avantages réunis des méthodes circulaire et à lambeaux; cette méthode m'a fourni de beaux [résultats : je prends le soin de couper les lambeaux un peu plus haut en arrière qu'en avant.

Quant au procédé latéral de Benj. Bell, il déterminerait plus que tout autre la dénudation et la nécrose du tibia, en raison de la rétraction des tégumens divisés du côté opposé au lambeau, au même niveau que les os, et il était tellement oublié qu'il a fallu les recherches auxquelles je me suis livré pour le retrouver dans l'autenr original, où il n'est, au reste, qu'à peine indiqué.

C'est dans cet état de choses que j'ai imaginé un procédé qui me paraît conforme à tous les préceptes généraux des amputations, et exempt de la plupart des inconvéniens que j'ai signalés. La plaie que je produis est parallèle au grand diamètre du membre, et a par conséquent le moins possible de largeur.

Elle est antéro-postérieure, direction la plus favorable au libre écoulement du pus et à la cicatrisation. L'unique lambeau externe, que je conserve, est doublé de muscles, moins large que la demi-circonférence du membre et d'une application aisée sur le reste du moignon; l'incision circulaire des tégumens de la face interne du membre est faite à quinze lignes au-dessous du point où je divise les os; la peau est partout affrontée avec elle-même, et les muscles se recouvrent mutuellement. Aucun vide n'existe dans le moignon, et le lambeau repose immédiatement sur la surface divisée du tibia.

Enfin, la plaie ne présente ni plis, ni froncemens ; elle est beaucoup plus petite que par aucun autre procédé, parfaitement disposée pour la réunion par première intention, et ne laisse à craindre ni la saillie de tibia, ni la mortification des tégumens.

Description du procédé opératoire.

Côté gauche.—Le chirurgien, placé en dedans de la jambe qu'il veut amputer, saisit de la main gauche les tégumens de la face externe du membre, et les attire fortement en dehors, pendant que de la main droite il plonge un couteau interosseux, ou un simple couteau droit ordinaire, à huit lignes en dehors de la crête du tibia, trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité du même os. Le couteau, dirigé de dedans en dehors, d'avant en arrière et de bas en haut, tombe sur le péroné, en contourne le bord externe, et va sortir au milieu de la face postérieure du membre à un pouce au-dessus du point où il a été introduit. L'opérateur en conduit alors le tranchant directement en bas, et taille un lambeau externe de deux pouces de longueur, en ayant soin, en le terminant, de couper les muscles plus haut que la peau, afin d'empêcher qu'ils ne la dépassent ensuite. Reportant aussitôt l'instrument sur l'angle postérieur de la plaie, il en réunit les deux extrémités par une incision circulaire bornée aux tégumens du reste du membre.

Un aide saisit la peau et la relève à une hauteur d'environ quinze lignes, pendant que le chirurgien dirige le couteau sur les brides qui en arrêtent la rétraction, et achève le lambeau en coupant profondément de dehors en dedans, de bas en haut et dans la même étendue, les chairs interosseuses et postérieures qui en forment la base, avec la précaution de

les inciser en avant jusqu'à la crête du tibia sans intéresser les tégumens.

Appliquant alors l'instrument sur le périoste du tibia, quinze lignes au-dessus du point où a été faite la section tégumentaire, il divise à ce niveau, et perpendiculairement à l'axe du membre, les chairs postérieures et internes, engage d'avant en arrière le couteau dans l'espace interosseux, en fend les parties molles de haut en bas pour se donner du jour, les coupe sur le même plan que le reste de la plaie, et scie les os après avoir abattu l'angle du tibia.

Dans le cas où les tégumens seraient épaissis et indurés, on taillerait le lambeau de dehors en dedans; et dans tous les cas il serait utile d'égaliser avec des pinces incisives ou une petite scie les extrémités osseuses pour qu'elles n'irritassent pas les chairs en contact.

Les principaux temps de cette amputation sont aussi faciles à expliquer qu'à concevoir.

1° Je commence le lambeau externe à huit lignes en dehors de la crête du tibia, afin de prévenir la saillie de cet os, dans l'angle antérieur de la plaie, qui devient plus aisée à réunir sans que la peau sus-tibiale soit tendue ni rétractée.

2° Les tégumens sont relevés dans l'étendue de quinze lignes, afin d'empêcher la dénudation des os, et de n'exiger qu'un lambeau beaucoup plus court pour les recouvrir.

3° Les chairs profondes du lambeau sont en parties divisées de bas en haut et de dehors en dedans pour leur laisser plus d'épaisseur, et y comprendre la totalité des muscles situés au-devant du ligament interosseux.

4° Le lambeau est coupé plus haut en arrière qu'en avant, afin de conserver moins de muscles dans le premier sens, et plus de tégumens dans le second.

5° Le lambeau n'occupe pas toute la demi-circonférence externe du membre dans le triple but de le rendre plus aisé à former, de moins découvrir le tibia, et d'offrir directement en arrière sur la ligne médiane une libre issue à l'écoulement du pus.

6° J'adoucis les rebords osseux du tibia et du péroné pour éviter toute irritation des chairs.

7° L'espace interosseux est traversé d'après les règles que j'ai depuis long-temps posées, et le moignon présente des surfaces nettes et régulières.

8° Le pansement consiste dans l'affrontation immédiate des bords de la plaie, dont les ligatures sont rassemblées en arrière. Deux ou trois bandelettes agglutinatives et une compresse enduite de styrax ou de digestif simple suffisent pour maintenir la réunion sans exposer à l'étranglement ni aux érysipèles consécutifs. Un plumasseau, deux compresses longuettes et une bande roulée complètent l'appareil, et l'amputation, exécutée par ce procédé que je propose de généraliser et d'ériger en méthode, réunit les plus heureuses conditions de succès.

NOTES A L'APPUI.

Ambroise Paré a peu écrit sur les amputations. Ce qu'il en a dit se réduit à trois ou quatre pages de préceptes généraux. Il donne, toutefois, un petit nombre de règles particulières, dont deux sont relatives à l'amputation de la jambe. Ainsi il s'occupe du lieu où il convient de la pratiquer, lieu d'élection qu'il fixe invariablement à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du genou. Il veut, en outre, que la jambe soit un peu fléchie pendant l'opération, et étendue

horizontalement ensuite, afin, dit-il (1), *que les vaisseaux soient plus saillans*. Dans son *Apologie et voyages*, il rapporte quatre exemples d'amputation de la jambe ; mais il a spécialement pour but de démontrer les avantages de la ligature des vaisseaux dans l'amputation, et ne donne pas de détails sur le procédé employé.

Guillemeau, élève de Paré, sentit la nécessité d'avoir une grande quantité de tégumens pour recouvrir les surfaces osseuses, et donna plus d'extension à l'idée exprimée par son maître, comme on peut le voir par ce qui suit : « Le chirurgien se mettra entre les jambes du malade, et commandera à un serviteur de rehausser contre-mont, le plus qu'il pourra, le cuir et les muscles situés en la partie qu'il convient d'extirper, ayant auparavant fait plier et fléchir ledit membre, tant afin de faire *prolonger la peau que les veines et les artères*. »

On sait quel procédé barbare Léonard Botal, médecin et conseiller du roi Charles IX, contemporain, par conséquent, d'Ambroise Paré, a indiqué pour l'amputation dont il s'agit. La jambe était placée entre deux couperets enchâssés dans deux billots, et dont l'un tombait sur elle. Le membre était ainsi véritablement guillotiné. Plusieurs blessés, d'après Botal, auraient été opérés de cette manière, et seraient guéris, n'ayant éprouvé qu'une douleur légère et beaucoup moindre que par la méthode ordinaire ; preuve bien remarquable de la facilité avec laquelle quelques organisations d'élite échappent aux dangers des plus mauvais procédés.

Le procédé indiqué spécialement par Dionis, pour l'amputation de la jambe, est le même qui se trouve indiqué par

(1) *Œuvres complètes d'Ambr. Paré*, édition publiée par M. Malgaigne. Paris 1840 ; t. III, p. 676.

Ambroise Paré pour l'amputation en général : il consiste : 1° dans l'application préalable d'un lien au-dessus du lieu où la partie doit être retranchée, lien destiné à fixer les parties molles ; 2° dans la section de celles-ci, d'un seul coup de couteau, jusqu'à l'os ; 3° dans la division des chairs interosseuses.

Le lien préalable avait pour but, d'après Paré, non-seulement de maintenir les chairs relevées, afin qu'elles pussent être ensuite ramenées sur les os, mais encore d'empêcher l'écoulement du sang pendant l'opération, et de diminuer la douleur par l'engourdissement des nerfs.

Ce fut en 1696 que Pierre-Adrien Verduin, célèbre chirurgien hollandais, fit connaître sa méthode pour les amputations, méthode reproduite en 1702 par Sabourin, qui s'en crut l'inventeur, et que les Anglais, d'après une lettre de Yonge (1679), peuvent revendiquer pour leur compatriote Lowdham.

La voici, telle qu'elle a été décrite, pour l'amputation de la jambe, par de La Faye, dans ses Additions au cours d'opérations de Dionis : une incision demi circulaire était faite à la partie antérieure du membre et intéressait les parties molles jusqu'à l'aponévrose, à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité tibiale. Ensuite, le couteau était plongé au côté interne de la jambe, à l'extrémité de l'incision demi circulaire, et poussé du côté oppposé, où on le faisait sortir à l'autre extrémité de cette incision. Cela fait, on taillait le lambeau quise trouvait comprendre une grande partie du gras de la jambe. Le reste de l'opération se pratiquait à la manière ordinaire. Plusieurs praticiens proposèrent de modifier ce procédé, en taillant d'abord le lambeau. Le procédé de Verduin avait pour avantages, aux yeux de La

Faye, de ne pas être suivi de l'exfoliation des os, et de dispenser de la ligature des vaisseaux.

J.-L. Petit n'a pas fait connaître de procédé particulier pour l'amputation de la jambe. Son chapitre sur l'amputation, qui est le douzième de son *Traité des maladies chirurgicales*, à part quelques remarques sur la manière de faire la ligature des vaisseaux, ne renferme rien qui s'applique en particulier à l'opération qui nous occupe. Mais J.-L. Petit n'avait pas besoin d'indiquer un procédé spécial pour l'amputation de la jambe ; il avait inventé une méthode générale, l'amputation en deux temps, qui, à la jambe comme pour les autres membres, était un véritable progrès.

Si l'on en croit de La Faye (1), ce furent d'abord Ravaton, en 1739, et ensuite Vermale, qui proposèrent l'amputation à deux lambeaux, modification avantageuse de la méthode de Pierre-Adrien Verduin, ou, si l'on veut, de Lowdham. Nous acceptons la date indiquée par de La Faye 1739 ; mais ce qui est écrit dans l'ouvrage même de Ravaton, c'est que ce ne fut qu'en 1755, au mois de septembre, que ce judicieux chirurgien pratiqua sa première amputation de jambe à deux lambeaux. L'amputation fut faite à une petite distance au-dessus des malléoles, au-dessous desquelles, par conséquent, il fallut commencer l'incision, afin d'avoir une suffisante quantité de tégumens. Ravaton abaissa deux incisions verticales sur une incision circulaire.

Rémon de Vermale, premier chirurgien de l'électeur palatin, simplifia ce procédé, et diminua le nombre des incisions. Il crut devoir prendre des précautions propres à permettre de tailler les lambeaux régulièrement, précautions qui depuis ont été abandonnées. C'est ainsi qu'après avoir

(1) Mémoires sur l'amputation. *Mémoires de l'académie de chirurgie*, t. II.

convenablement suspendu le cours de sang, il appliquait deux fils rouges, à quatre travers de doigt de distance, l'un de l'autre, l'un sur le point où l'os devait être scié, l'autre sur le point où les lambeaux devaient se terminer. Cela fait, il portait sur un des côtés du membre (côté interne ou externe, antérieur ou postérieur) la pointe d'un bistouri de sept pouces qu'il introduisait jusqu'à l'os et qu'il faisait glisser sur la circonférence de celui-ci, pour la faire sortir du côté opposé ; il faisait marcher ensuite son couteau le long du membre jusqu'au fil inférieur, et taillait ainsi son lambeau, qui était arrondi. Le second lambeau était formé de la même manière, et le reste de l'opération fait comme à l'ordinaire. On voit que, par ce procédé, les lambeaux étaient taillés avec incomparablement plus de promptitude, et, conséquemment, avec beaucoup moins de douleurs pour le patient, que par le procédé du chirurgien en chef de Landau.

Dans son *Traité d'opérations*, publié en 1742, Ledran a aussi indiqué l'amputation à deux lambeaux pour la jambe, mais sans donner de détails sur la manière de pratiquer l'opération.

Louis se demande quel est le moyen de conserver assez de tégumens pour recouvrir les surfaces osseuses dans l'amputation de la jambe, et s'exprime de la manière suivante. « Il suffit de faire à la peau sur la partie antérieure de la jambe, une incision demi circulaire qui s'étende depuis l'angle interne du tibia jusqu'au dessus du péroné. Par cette façon d'inciser, on épargne au malade la douleur qu'il aurait ressentie par la section (il est évident qu'il faut dissection) de la peau qui reste à couper, pour achever l'incision circulaire. Cette première incision peut être faite avec plus ou moins d'avantages. Il m'a paru que le moyen le plus convenable était de

tirer la peau en haut et d'assez bas, et de l'assujettir par une ligature appliquée de façon que l'incision qui se fera au dessus soit à un pouce plus bas que l'endroit où on se propose de scier les os. Cette ligature bien serrée empêchera la peau de se retirer vers la partie inférieure; et elle se trouvera toute placée pour affermir les chairs au dessous du lieu où elles seront coupées. L'incision demi circulaire des tégumens étant faite avec un bistouri ordinaire, l'on tirera la peau vers le haut; elle y sera assujettie avec une autre ligature; on achèvera ensuite la section des parties molles, au niveau de la peau ainsi relevée à la partie antérieure du membre.

On pourra tirer une grande utilité de cette deuxième incision, si l'on prend la précaution de porter le couteau obliquement en inclinant son tranchant vers la partie supérieure du membre. Par ce moyen la peau se trouvera plus longue que les muscles, d'une façon qui abrégera singulièrement la cure. » (1)

Le reste de l'opération n'offrait rien de particulier. D'après ce qu'on vient de lire, le procédé de Louis consistait essentiellement en ce que les tégumens étaient d'abord demi circulairement incisés en avant, puis disséqués, tandis que les tégumens de la partie postérieure n'étaient incisés qu'après cette dissection et au niveau de la peau ainsi rétracée, en même temps que les autres parties molles, le couteau tenu obliquement à la manière d'Alenson. On évitait ainsi la dissection de la peau à la partie postérieure, comme le fait remarquer un peu obscurément Louis, et on avait en avant une quantité de peau suffisante pour recouvrir le tibia. Louis, lorsqu'il disséquait la peau en avant et ne la disséquait pas en arrière,

(1) *Second mémoire sur l'amputation des grandes extrémités*, par M. Louis; *Mémoires de l'académie royale de chirurgie*, t. XI.

agissait en vue de ce fait que je me suis appliqué à faire remarquer, que dans le premier sens la peau n'éprouve presque aucune influence de l'action musculaire, tandis qu'en arrière la forte rétraction des énormes masses musculaires laisse libre et flottante une certaine quantité de tégumens.

En indiquant ce procédé du secrétaire perpétuel de l'académie de chirurgie, Sabatier dit que, quant à lui, s'il était possible, il ferait fléchir la jambe avant de diviser la peau de la partie antérieure, et il la ferait étendre horizontalement pour terminer l'incision en arrière. La section circulaire achevée, les brides du tissu cellulaire coupées, et les tégumens relevés de toutes parts, il couperait les muscles obliquement de bas en haut, et acheverait l'opération en portant un couteau étroit et à deux tranchans entre les os, afin de tout diviser jusqu'au périoste inclusivement.

Les chirurgiens du dernier siècle se sont préoccupés de la nécessité de tenir les os parfaitement fixes et immobiles, pour les scier. Louis les faisait serrer fortement par un aide. Toutefois, dans le cas de vermoulure par suite de carie ou dans le cas de fracture, il lui semblait plus sûr et plus commode de mettre en usage le moyen indiqué par Bertrandi, c'est-à-dire de fixer les os avec une ficelle nouée autour d'eux.

Un premier procédé indiqué par Benjamin Bell, pour l'amputation de la jambe, n'est autre que le procédé ordinaire et consiste dans la division des tégumens et leur dissection dans toute la circonférence du membre, puis dans la division des chairs. B. Bell ne spécifie pas qu'à la jambe il faille, selon sa méthode, après la division circulaire et complète des chairs, séparer les muscles profonds des os dans l'étendue d'un pouce, avec le couteau tenu selon l'axe du membre, et l'on conçoit que cette pratique s'appliquerait difficilement à la jambe. B. Bell insiste sur la

nécessité de conserver à la peau, dans l'amputation de la jambe, le plus de tissu cellulaire possible. Il avait pour habitude, en raison de la difficulté que la peau éprouve à se rétracter, de la relever en manchette, tandis qu'à la cuisse il lui avait toujours suffi de diviser perpendiculairement les adhérences des tégumens à l'aponévrose, en même temps qu'un aide retirait la peau vers la partie supérieure.

L'auteur anglais se montre peu partisan de la méthode à lambeaux. Il reproche surtout à celle de Verduin et de Sabourin de donner un lambeau qui, appliqué sur les surfaces osseuses, empêche l'écoulement du pus, et doit nécessairement être décollé par celui-ci, outre que son décollement doit arriver souvent par l'effet pur et simple de l'inflammation du moignon. Pour obvier à l'inconvénient de l'obstacle apporté par le lambeau de Verduin à l'écoulement de la suppuration, voici quel procédé a été proposé par Bell, procédé qui, à ma connaissance, n'a été reproduit en France par aucun auteur. Je le rapporte textuellement :

« On introduit la pointe du couteau par la partie externe de la crête du tibia, dans l'endroit où l'on doit scier l'os; après l'avoir porté en arrière, en ligne droite, et à une profondeur convenable, jusqu'au côté opposé à la base du lambeau, on dirige le tranchant en bas jusqu'à la ligne que l'on a marquée avec de l'encre, pour déterminer la forme et la longueur du lambeau. » (*A system of surgery*. Edimbourg, 1786-87. 6 vol. *Voyez* la traduction de Bosquillon.)

Que ceci ait été mal traduit, ou que l'auteur anglais lui-même se soit mal expliqué, il est évident que si l'on se comportait comme il est dit dans ce passage, si on plongeait, c'est-à-dire, le couteau en ligne droite au côté externe de la crête tibiale, le couteau se trouverait engagé entre les deux

os de la jambe, et arrêté par le péroné au moment où le chirurgien voudrait le porter en dehors pour tailler le lambeau. Mais quoique l'indication de ce procédé soit un peu confuse, on le comprend parfaitement, et on voit que c'est le premier dans lequel il soit question d'un lambeau externe et unique.

M. Charles Bell serait, d'après M. Samuel Cooper (*Dict. de chirur.*, art. *Amputation*), l'auteur d'un procédé dans lequel on incise la peau d'abord, puis les muscles du mollet, très obliquement de bas en haut, après quoi, comme dans le procédé de Verduin modifié, on achève la division des parties molles par une section demi circulaire antérieure, plus rapprochée nécessairement de la partie supérieure que la division des parties molles en arrière. Le reste de l'opération se pratique comme dans le procédé ordinaire et n'a pas besoin d'être indiqué.

M. le professeur Roux se prononce pour l'amputation à lambeaux, mais seulement lorsqu'on juge à propos de tenter la réunion immédiate ; autrement il donne la préférence à l'amputation circulaire. Voici comment il procède : « Les deux incisions, l'une externe, l'autre interne, qui circonscrivent les deux lambeaux, se réunissent sous deux angles aigus, l'un antérieur, placé sur la crête du tibia, l'autre postérieur, qui répond au milieu du mollet, et tous les deux sur la ligne horizontale dans la direction de laquelle doit être faite la section des os. Les deux lambeaux étant tracés de cette manière, on détache chacun d'eux de bas en haut, jusqu'à sa base, en rasant le plus possible la surface des os ; après quoi, il ne reste plus qu'à diviser, au niveau de la base des lambeaux, les chairs interosseuses, et à couper les os perpendiculairement à l'axe du membre, comme dans l'amputation circulaire. » Le passage que nous venons de trans-

crire prouve que, dans le procédé de M. Roux, les lambeaux sont, non pas l'un antérieur et externe, l'autre postérieur et interne, comme on le dit généralement, mais bien strictement latéraux, et il ne peut pas en être autrement, dès qu'ils ont leurs points de jonction à la partie moyenne de la jambe, ou, pour être plus explicite, aux extrémités du diamètre antéro-postérieur de ce membre. Ecoutons maintenant M. le professeur Roux indiquer comment il forme ses lambeaux. « L'instrument fut plongé un peu en dedans de la crête du tibia ; je lui fis contourner la face et le bord interne de cet os, dans la direction de la base du lambeau ; je traversai ensuite les chairs de la face postérieure de la jambe, et fis sortir l'instrument au milieu même du mollet. Seulement, pour éviter les entailles que le couteau aurait pu faire à la peau, en contournant la face et le bord interne du tibia, ce qui aurait donné au bord de ce lambeau une disposition moins régulière, j'avais cru devoir pratiquer à la peau en dedans de la crête du tibia, et à partir du point où j'avais projeté de faire la section des os, une incision longue de deux pouces environ. » C'est sur un parent de M. le docteur Mérat que M. le professeur Roux mit en pratique ce mode opératoire. Nous devons faire remarquer qu'il est expressément noté que l'incision préalable fut faite *parallèlement à la crête du tibia,* et non obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, comme le font aujourd'hui, avec plus d'avantage, il faut le dire, tous les professeurs de médecine opératoire, à l'école pratique. Voici, en outre, ce que M. le professeur Roux ajoute : « J'avais commencé l'opération par le lambeau interne : peut-être y aurait-il de l'avantage à commencer, au contraire, par former le lambeau externe : on éviterait cette incision préliminaire à la peau, *sur la crête*

du tibia. C'est ce que je me propose d'éprouver à la première occasion (1). »

Le procédé suivant a été indiqué dans la nouvelle édition de la *Médecine opératoire* de Sabatier, avec les additions de MM. Sanson et Bégin, comme appartenant à Dupuytren : « Une incision, longue de trois pouces, était faite en avant le long du tibia ; une autre incision semblable était pratiquée en arrière, et une section circulaire, réunissant les extrémités de ces deux divisions, achevait de former deux lambeaux qu'un aide relevait, et qui, après que les os étaient sciés, devaient être ramenés et réunis sur le moignon » (t. IV, p. 623).

Ce n'est point là un procédé particulier : J'ai dit plus haut en quoi ce procédé différait de celui de Ravaton, et combien la différence était minime.

Un mode opératoire, qui se rattache aussi à celui de Ravaton, est, comme on l'a vu, celui de M. le baron Larrey, qui, après avoir pratiqué l'amputation selon la méthode circulaire, fait une incision en avant et une en arrière, de manière à avoir deux lambeaux latéraux.

On sait que M. Larrey a proposé de faire l'amputation entre les condyles, ou mieux dans l'épaisseur des condyles du tibia, au niveau de la tubérosité tibiale, que l'on ne doit point dépasser, afin de respecter l'attache du ligament rotulien. D'après Carrigues, chirurgien-major des armées de l'Empire, qui fit en 1806, une dissertation sur ce mode d'amputation, il ne faudrait pas craindre de dépasser le niveau de la tubérosité tibiale, opinion réfutée avec avantage par M. Larrey, qui insiste pour qu'on se tienne au niveau de la

(1) *Relation d'un voyage fait à Londres, en* 1814. Par Ph.-J. Roux, p. 352 et suiv.)

limite indiquée. M. Larrey enlève, en outre, la tête du péroné, et ne laisse ainsi, dans le moignon, que la partie supérieure du tibia. Comme procédé de nécessité, lorsque les lésions s'élèvent trop haut pour qu'on puisse pratiquer l'opération dans le lieu ordinaire, le procédé de M. Larrey est excellent, en ce qu'il fait éviter l'amputation de la cuisse. C'est pendant la campagne d'Egypte que M. Larrey le mit en pratique pour la première fois (*Clin. chir.*, t. III, p. 657).

Tous les chirurgiens ont observé que, très souvent, à la suite de l'amputation de la jambe, la peau se gangrenait sur le tibia. Pour éviter cet inconvénient, M. Blandin propose, quand la peau a été divisée circulairement, de la relever et de la disséquer sans la séparer de l'aponévrose, de manière à ce que les vaisseaux qui vont de l'une à l'autre soient conservés (*Leçons orales*).

M. Lenoir, tout récemment (*Archives de juillet*, 1840, p. 259), a publié une modification de la méthode circulaire dans l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles. Voici en quoi elle consiste : l'incision circulaire des tégumens ayant été faite jusqu'au plan aponévrotique exclusivement, et environ à un pouce et demi au-dessous du lieu où les os seront sciés, le chirurgien pratique une incision longue d'un pouce et demi, qu'il abaisse perpendiculairement sur la première, le long de la face interne du tibia. Saisissant alors, l'un après l'autre, les deux angles de peau qui résultent de la réunion de ces incisions, il forme avec eux deux petits lambeaux antérieurs qu'il renverse sur leur base ; il obtient ainsi une sorte de manchette fendue en avant, et, quand les petits lambeaux sont renversés, la plaie est à-peu-près ovalaire. Les muscles sont divisés en deux temps : les superficiels, selon la ligne oblique de la manchette renversée ; les

profonds, tout-à-fait transversalement. Il faut attendre, pour juger ce procédé, qu'il ait été suffisamment expérimenté, si toutefois les praticiens jugent à propos de l'employer.

CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES

délogés par un nouveau procédé, application de la méthode des incisions sous-cutanées,

Par le docteur G. Goyrand, chirurgien-major de l'hôpital d'Aix, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine, etc.

La généralisation de la méthode des incisions sous-cutanées est un immense progrès chirurgical. Chaque jour on pourra faire des applications nouvelles de cette méthode; elle rend exemptes de tout danger des opérations qui, pratiquées à découvert, sont très graves, et souvent mortelles.

Les corps étrangers articulaires rendent les mouvemens douloureux, et constituent une infirmité fâcheuse, quand, surtout, ils existent dans le genou. Fallait-il les extraire ?... On connaît la gravité des plaies pénétrantes des articulations. D'ailleurs, consultez les auteurs sur les suites de l'extraction de ces corps. Combien de fois cette opération n'a-t-elle pas entraîné les accidens les plus redoutables! Richerand l'a pratiquée douze fois; quatre de ses malades sont morts, et parmi ceux qui ont guéri, il en est un, une jeune fille, qui a couru les plus grands dangers. Dupuytren veut extraire un corps étranger de l'articulation tibio-tarsienne; la plaie est un peu fatiguée, parce que la concrétion n'apas été bien fixée par les doigts du chirurgien; il sur-

vient une arthrite mortelle (1). Au mois de novembre 1835, M. Lisfranc extrait un corps étranger du genou d'un jeune homme plein de vigueur; le malade succombe. En 1839, le même chirurgien pratique de nouveau cette opération; même résultat (2). Au mois de mai 1839, se présente à l'Hôtel-Dieu de Nantes, un homme de trente-cinq ans, qui porte dans le genou droit un corps étranger très mobile. Ce corps est extrait avec facilité; peu de jours après le malade meurt (3). M. Roux pratique la même opération au genou droit d'un jeune homme, qui avait été admis dans son service, à l'Hôtel-Dieu, pour une orchite; il survient une arthrite violente, puis une suppuration excessive, qui nécessite l'amputation de la cuisse; le malade succombe bientôt après. Enfin, cette opération, pratiquée le 5 octobre 1840, au Val-de-Grâce, par M. Bégin, est encore suivie de la mort (4).

Voilà un grand nombre de cas où l'extraction des corps étrangers articulaires a entraîné la mort. En général, on publie plus volontiers les succès que les revers; cependant, je crois qu'on chercherait vainement, dans les recueils périodiques de ces dernières années, un pareil nombre de cas où cette opération ait eu un résultat heureux. Quand, après l'opération, la synoviale s'enflamme, si le malade malade est assez heureux pour conserver la vie, ce qui est, malheureusement fort rare, l'articulation s'ankylose (Richerand, Kirby, Ph. Boyer).

(1) Bégin, *Leçons orales au Val-de-Grâce*, 5 octobre 1840.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 31 août 1839, et 27 octobre 1840.

(3) *Journal de la section de médecine de la société académique de la Loire-Inférieure*, 67e livraison.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1840.

On conçoit qu'en présence de tels dangers, les chirurgiens aient hésité : aussi a-t-on cherché à éviter l'opération, en plaçant le corps étranger dans des conditions qui le rendent moins gênant. Dans ce but, les uns ont refoulé ce corps dans un cul-de-sac de la synoviale éloigné de l'interligne articulaire, et l'ont fixé dans ce point au moyen d'un bandage compressif, d'un bas lacé ou d'une genouillère, espérant qu'il finirait par y contracter des adhérences (Gooch, Middleton, Hey, Boyer). D'autres ont conseillé de déterminer l'ankylose du genou par une longue immobilité. B. Bell croit l'extraction de ces corps si dangereuse, que, dans les cas où ils sont adhérens, et où, par conséquent, leur extraction pourrait présenter des difficultés, nécessiter quelques recherches, entraîner des tâtonnemens, il conseille l'amputation du membre (1).

Mais les progrès récens de la chirurgie nous ont ouvert de nouvelles voies. L'innocuité, si bien démontrée par M. Jules Guérin, des plaies sous-cutanées, alors même qu'elles pénètrent dans les articles, m'a donné l'idée d'une opération nouvelle, qui guérira cette infirmité sans exposer au moindre danger. Cette opération est décrite avec beaucoup de détails dans l'observation qu'on va lire.

Observation : *Corps étrangers délogés du genou par une incision sous-cutanée ; succès complet.*

J. B. A., âgé de 24 ans, vint à l'hôpital d'Aix le 14 septembre. Il avait dans le genou droit un corps étranger qui le gênait beaucoup, et lui causait souvent de vives douleurs. Cette concrétion, grosse à-peu-près comme une amande,

(1) *Cours complet de chirurgie*, traduit par Bosquillon, t. v, p. 282.

était libre dans la synoviale. La première fois que nous examinâmes le malade, le corps étranger était au côté externe de l'articulation. Nous le poussâmes au-dessus de la rotule, puis au côté interne de cet os, puis enfin sous le ligament rotulien ; là, nous le perdîmes de vue.

Quand le corps étranger se cachait ainsi entre les surfaces articulaires, il occasionait de la douleur, du gonflement au genou. Le malade le faisait ordinairement reparaître, en marchant sur un pavé inégal.

Le 15, le corps étranger avait reparu dans la partie extérieure de la synoviale ; le genou était un peu tuméfié, douloureux. *Repos; cataplasmes.* Le jour suivant, l'articulation était revenue à son état normal.

A. desirait vivement être délivré de son infirmité. Autrefois, je n'aurais pas consenti à l'opérer, parce que je ne crois pas qu'un chirurgien doive pratiquer une opération dangereuse pour guérir une simple infirmité ; mais j'eus l'idée de faire à ce cas une application nouvelle de la méthode des incisions sous-cutanées. Je pensai à extraire ce corps étranger en deux temps. Dans le premier, j'inciserais la synoviale et les tissus fibreux et musculaire qui la recouvrent, sur le corps étranger, et, à travers cette incision, je ferais passer le corps dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le second temps, pratiqué dix ou douze jours après, quand l'incision sous-cutanée serait solidement cicatrisée, j'extrairais le corps étranger par une simple boutonnière. Cette idée me sourit ; je voulus cependant y réfléchir quelques jours.

Ces concrétions abandonnées dans les tissus organisés, n'allaient-elles pas y faire naître immédiatement une inflammation suppurative, qui pourrait se propager à l'articulation? Je pensai que non ; ces corps n'étaient ni bien gros,

ni bien pesans, ni hérissés d'aspérités; leur texture avait beaucoup d'analogie avec celle des tissus vivans, et l'air n'arriverait pas dans le lieu qu'ils occuperaient. Ces différentes circonstances me semblaient devoir mettre à l'abri d'une inflammation suppurative.

Dans quel point devais-je attaquer l'articulation? La concrétion pouvait être poussée dans tous les points de la cavité articulaire. Aux deux côtés du genou, sur l'interligne articulaire ou tout près de cette interligne, elle n'était recouverte que par la peau, une couche fibreuse et la synoviale; mais là, je n'aurais pas pu la fixer solidement. Je me décidai à la refouler à la partie supérieure de la synoviale; dans le cul-de-sac que forme à cet endroit la réflexion de la séreuse articulaire; mais, encore, dans quel point de ce cul-de-sac? Là l'incision était faite à travers le muscle droit antérieur de la cuisse, ses bords ne s'écarteraient pas assez pour laisser passer le corps étranger. En dedans de ce muscle, le cul-de-sac de la synoviale s'éloigne bien moins de l'interligne articulaire qu'en dehors. Mieux valait pratiquer l'incision sous-cutanée à travers le vaste-externe. Dans ce point, le corps étranger était facilement fixé par les doigts; l'incision longitudinale diviserait obliquement les fibres musculaires, qui s'écarteraient pour laisser passer la concrétion.

Je pris un bistouri dont la lame, longue de sept centimètres, n'avait que quatre millimètres de largeur à sa base, et se terminait par une pointe aiguë. Cette lame était solide, et fixée sur le manche par un ressort. J'opérai, le 22 septembre, de la manière suivante :

Le malade était au lit; je me plaçai à sa gauche. Je refoulai le corps étranger dans la partie externe du cul-de-sac

supérieur de la synoviale, où je le fixai, à quatre centimètres au-dessus de la rotule, en continuant de le presser de bas en haut, avec le pouce et l'index gauches. Je fis ensuite soulever, par un aide, la peau de la cuisse, au-dessus du corps étranger, en un large pli transversal; j'amenai ainsi vers ce corps une portion de peau fort éloignée. Je plongeai mon bistouri de haut en bas, à la base de ce pli, et dirigeant sa pointe vers le corps étranger, j'incisai sous la peau, parallèlement à l'axe du membre, tous les tissus qui recouvraient ce corps. Dans ce temps de l'opération, je reconnus que le corps étranger avait la consistance d'un os. Je dus revenir à trois reprises sur les tissus, pour les diviser, et je sentis ensuite la concrétion fuir sous mes doigts qui la pressaient; elle était sortie de l'articulation. Je retirai alors mon bistouri, et l'aide laissa aller le pli de la peau. Quelques gouttes de sang mêlées de bulles d'air sortirent par la piqûre de la peau, qui remonta à huit centimètres au-dessus du point où j'avais incisé la synoviale. Quelques bulles d'air restèrent dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous de la piqûre.

Le corps étranger n'était pas arrivé sous la peau, comme je l'aurais désiré, mais s'était glissé entre les portions moyenne et externe du triceps. Je le laissai à six ou sept centimètres au-dessus de l'incision de la synoviale.

La piqûre n'avait pas quatre millimètres d'étendue. Je la couvris d'un petit emplâtre de diachylon. Des compresses épaisses furent fixées, par une bande circulaire, sur le point où le muscle triceps, l'aponévrose et la synoviale avaient été incisés, dans le double but de comprimer la blessure sous-cutanée, et d'empêcher la rétrocession du corps étranger qui était au-dessus.

Malgré nos conseils, A. sortit trois fois de son lit, le jour de l'opération; cependant il ne survint pas le plus léger accident. La piqûre de la peau se cicatrisa en vingt-quatre heures. Les liquides plastiques qui remplirent l'écartement des bords de l'incision sous-cutanée y formèrent une petite tumeur, qui n'était, au reste, nullement douloureuse. Il ne survint dans l'articulation ni douleur ni gêne.

J'enlevai le bandage compressif le sixième jour, et je trouvai alors, dans l'articulation, un autre corps étranger du volume d'un pois, mobile comme le premier. Deux jours plus tard, il s'en présenta un troisième, de la même grosseur à-peu-près que celui que j'avais délogé. Ce dernier se cacha bientôt entre les surfaces articulaires, et fut plusieurs jours sans reparaître. Le 8 octobre il se montra de nouveau, le malade les fixa tous les deux au côté externe de l'articulation, en attendant l'heure de ma visite. Pendant que j'examinais les deux concrétions, la petite fuit sous mes doigts, et se cacha sous la rotule. La grosse paraissait dure; la sensation qu'elle donnait par le frottement contre les surfaces osseuses me fit penser que sa surface n'était pas très polie. J'aurais désiré les déloger toutes les deux par la même incision; mais, craignant que la grosse ne se cachât encore, je pris le parti de la déloger immédiatement, et de laisser l'autre, qui était trop petite pour occasioner une gêne notable.

La synoviale, irritée par le corps étranger qui était resté plusieurs jours caché entre les surfaces osseuses, contenait une quantité notable de synovie épanchée. Il eût peut-être convenu de n'opérer, comme la première fois, qu'après que toute irritation se serait dissipée; mais l'incision sous-cutanée me semblait si inoffensive, que je ne craignais pas de la pratiquer malgré cette circonstance. Je prévoyais que l'incision

de la synoviale donnerait issue au liquide, qui s'infiltrerait dans le tissu cellulaire, et dont je ne retrouverais plus aucune trace le lendemain de l'opération.

Seconde opération (le 8 octobre).

Je fixai le corps étranger dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, un peu plus près de la ligne médiane que le premier; mais, toujours, en dehors du muscle droit. La peau fut soulevée transversalement, comme pour la première opération. J'incisai, d'un seul coup de bistouri, l'aponévrose, le muscle triceps et la synoviale, de bas en haut. J'eus soin, en retirant l'instrument, d'inciser assez largement le triceps et l'aponévrose, pensant que, de cette manière, le corps étranger arriverait sous la peau. Dès que les tissus profonds furent divisés, ce corps glissa sous mes doigts, et, longeant la lame du bistouri, passa dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique. La couche cellulo-adipeuse sous-cutanée était très mince chez A., et le corps étranger déplacé était situé très superficiellement. Je le poussai en haut, jusqu'à sept ou huit centimètres au-dessus de l'ouverture de la synoviale, et je le laissai là, au côté externe de la piqûre de la peau. Cette piqûre fut couverte d'un emplâtre de diachylon. Une compression fut exercée sur la plaie sous-cutanée, et j'ordonnai le repos parfait au lit. Les suites de cette opération furent aussi simples et aussi heureuses que celles de la première. Le lendemain, la piqûre de la peau était guérie; l'épanchement synovial s'était entièrement dissipé. Le surlendemain, A. se promenait dans tout l'hôpital, sans éprouver la plus légère douleur. La petite concrétion que j'avais laissée dans le genou ne le gênait pas du tout.

Onze jours se passent ainsi. Les corps étrangers que j'ai

fait passer de l'articulation dans l'épaisseur des tissus de la cuisse ne causent ni gêne ni douleur; si je les abandonne, ils doivent s'enkyster. Le premier de ces corps est, depuis un mois, dans sa nouvelle place; son kyste doit être déjà formé. A. pouvait, dès-lors, être considéré comme guéri; mais je voulus exécuter l'opération comme je l'avais d'abord conçue. Je me mis donc en devoir, le 19 octobre, d'extraire le corps étranger que j'avais fait arriver sous l'aponévrose, celui que j'avais délogé en dernier lieu. Le tenant fixé avec deux doigts de la main gauche, je le mis à découvert par une incision de trente-cinq millimètres, comprenant la peau et l'aponévrose, et le dégageai en le saisissant avec une pince à dissection. Ce corps était serré de toutes parts, et paraissait déjà enkysté. Evidemment, ce second temps de l'opération était inutile. Je ne voulus pas extraire la concrétion qui était sous le muscle vaste externe; c'eût été compliquer inutilement mon opération.

La concrétion que j'ai extraite était d'une forme irrégulière, longue de 22 millimètres, large de 18, sa plus grande épaisseur était de 11 millimètres. Une de ses faces, lisse, régulière et très légèrement convexe, était cartilagineuse; l'autre, irrégulière et bosselée, était osseuse. Je sciai ce corps, il avait l'aspect, la dureté, la densité de l'ivoire, et était recouvert, du côté de sa face lisse, d'une couche cartilagineuse régulière, ayant l'aspect d'un cartilage diarthrodial, et près de 2 millimètres d'épaisseur. Ce corps était placé dans le tissu cellulaire, la face cartilagineuse tournée vers l'aponévrose, la face éburnée et irrégulière en dessous, la petite extrémité en haut; c'est la position dans laquelle il était sorti de la synoviale.

Les bords de l'incision furent exactement rapprochés, et

je recommandai au malade de rester au lit. Cependant, la plaie a suppuré. Le 3 novembre, il a fallu inciser une cicatrice déjà avancée, pour donner issue à du pus qui était retenu sous l'aponévrose. Aujourd'hui, 14 novembre, la plaie n'est pas encore entièrement cicatrisée. L'articulation est toujours restée étrangère au travail phlegmasique qui s'est accompli dans l'incision.

L'extraction des corps étrangers délogés ne saurait, en aucun cas, constituer une opération grave; mais elle complique inutilement mon procédé. Dorénavant, je laisserai les concrétions dans le tissu cellulaire.

Presque tous les corps étrangers articulaires pourront être délogés par mon procédé. Si, au lieu d'un corps éburné, on rencontrait un cartilage, celui-ci serait divisé par le bistouri; mais ses fragmens seraient délogés aussi facilement que les concrétions entières.

Les corps étrangers peuvent adhérer aux parois articulaires: cette adhérence a lieu, ordinairement, par un pédicule membraneux, qu'il serait facile de couper par la méthode sous-cutanée. L'opération se ferait alors en deux temps. Dans le premier, on couperait le pédicule; dans le second, qu'il conviendrait, je pense, de ne pratiquer que quelques jours après, on délogerait la concrétion.

S'il existe plusieurs corps étrangers dans la même articulation, on ne fera l'incision sous-cutanée qu'après les avoir unis tous dans le point par où on veut les faire sortir, et on les fera passer tous par la même ouverture. J'aurais fait ainsi, si j'eusse soupçonné l'existence des deux concrétions que j'ai délogées chez A. J'aurais peut-être dû attendre, pour faire ma seconde opération, que la petite concrétion que j'ai laissée dans le genou, pût être délogée avec la grosse; mais je

craignais que cette dernière ne se cachât de nouveau entre les surfaces osseuses; et, d'ailleurs, l'autre était si petite, qu'elle ne pouvait guère incommoder le malade. Si elle grossit, je la ferai sortir de l'articulation, comme les deux premières.

J'ai fait plusieurs essais de mon opération sur le cadavre. J'opérais sur un scaphoïde du carpe, que j'avais introduit dans la cavité articulaire , par une petite ouverture pratiquée sur les côtés de la rotule. Dans aucun de mes essais, le corps étranger n'est remonté, comme chez A., entre les faisceaux moyen et externe du triceps; il est toujours arrivé dans le tissu cellulaire sous aponévrotique, jamais sous la peau. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané a trop de densité pour se laisser écarter par ce corps. Que la concrétion délogée passe entre les faisceaux du triceps, ou dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, peu importe pour le résultat de l'opération. Dans les deux cas, elle s'enkystera. Cependant s'il arrivait que ce corps déterminât une inflammation suppurative dans le point où on le laisse, il vaudrait mieux qu'il fût placé moins profondément. On tâchera donc de l'amener sous l'aponévrose, et on y parviendra toujours, si le muscle vaste-externe a été assez largement incisé.

Je fonde les plus grandes espérances sur l'opération que je viens de décrire. Cette opération simple et innocente est destinée à en remplacer une, qui est plus dangereuse que la taille et le débridement de la hernie.

RÉFLEXIONS DES RÉDACTEURS.

Il importe de faire observer, pour être juste, que les praticiens cités par M. Goyrand, avant ou après les insuccès

dont il fait mention, ont obtenu des résultats heureux, en assez grand nombre pour justifier leur manière d'agir.

M. Bégin, avant le cas dont parle M. Goyrand, avait pratiqué cinq fois l'extraction de corps étrangers développés dans l'articulation du genou, au Val-de-Grâce, au Gros-Caillou, à l'Hôpital militaire de Strasbourg et dans sa pratique civile, non-seulement sans perdre un seul malade, mais sans avoir vu d'accidens sérieux compromettre un instant la guérison. Dans un cas même, le sujet présentait des conditions spécialement défavorables, car il avait eu, six semaines auparavant, l'articulation ouverte par un autre chirurgien; le corps étranger ayant fui sous les doigts de l'aide qui le retenait, n'avait pu être extrait, et des phénomènes inflammatoires très graves étaient survenus: nonobstant cette circonstance, cédant à des sollicitations pressantes, M. Bégin revint à l'opération, et le succès fut complet.

Cinq réussites consécutives, toutes faciles et promptes, compensent grandement un cas malheureux. Et dans ce cas même, tout porte à penser que la phlegmasie mortelle qui est survenue, a été bien moins le résultat de l'incision des enveloppes articulaires que de la section obligée du pédicule épais et large qui fixait le corps étranger à la partie sous-rotulienne de la capsule synoviale. La base de ce pédicule a été trouvée, en effet, à l'autopsie du cadavre, épaissie, rouge, vascularisée, en suppuration, et il semblait manifeste que, de ce point, l'irritation s'était étendue au reste de la surface articulaire.

Sans vouloir diminuer en rien les espérances de M. Goyrand, ni la valeur de son procédé, nous devons cependant faire observer que les piqûres sous-cutanées des articulations ne paraissent guère moins dangereuses, si l'on en juge

d'après les faits de blessures, que les incisions des mêmes parties. D'ailleurs, il est de précepte, en procédant à l'extraction des corps étrangers articulaires, de déplacer si bien les tégumens, et ensuite de réunir avec tant d'exactitude la division qu'on y a faite, que, le parallélisme étant détruit d'une part, et la plaie solidement fermée de l'autre, l'opération ne diffère presque plus de celle de M. Goyrand que parce qu'elle ne laisse pas le corps étranger séjourner dans les tissus extérieurs à la jointure, circonstance plus favorable que nuisible au succès définitif.

Avant de terminer ces réflexions, qui ont pour objet, nous le répétons, non de contester ce que le procédé de M. Goyrand présente d'ingénieux, mais bien d'en appeler aux faits sagement interrogés, nous croyons utiles de reproduire quelques mots déjà imprimés ailleurs par M. Velpeau.

Après avoir signalé les dangers qui accompagnent l'extraction des corps étrangers articulaires, ce praticien ajoute que la gravité de cette opération a été exagérée. « Ford, Hunter, Desault, l'ont pratiquée, dit-il, un assez grand nombre de fois, sans qu'il en soit rien résulté de fâcheux. Des cas multipliés de réussite en ont été rassemblées dans les thèses de M. Champagnet et de M. Ledo. MM. Larrey, J. Clark, J. Coley, Brodie, Allan, Muller, Schænder, Bourse et une foule d'autres, en ont aussi rapporté des exemples. Aumont a retiré ainsi 4 cartilages, en deux fois, à 40 jours d'intervalle, sans causer le moindre accident. Beaucoup de malades out pu marcher et reprendre leurs habitudes au bout de 6 à 8 jours. Une telle différence dans les suites s'explique d'ailleurs facilement. S'il est possible d'obtenir la réunion immédiate de la plaie, et qu'il ne survienne point de phlegmasie au-dessous, le tout se réduit à une des plus simples solutions

de continuité. Dès que l'inflammation s'empare au contraire de la synoviale, on a tout à craindre... Redoutant surtout l'entrée de l'air dans la capsule, beaucoup de chirurgiens ont pensé qu'on ne pouvait trop prendre de précautions sous ce rapport. Aussi se sont-ils attachés soigneusement à tirer la peau, tantôt en haut d'après Bell, tantôt en bas, comme Bromfield, et tantôt de côté, comme le veulent Desault et Abernethy, avant de l'inciser... La seule précaution qui mérite d'être conservée dans tout cela, consiste à *conduire* le corps qu'on veut extraire *le plus loin possible* du centre de l'articulation, et dans le point où il existe le moins de parties molles à diviser. Une fois là, on l'y fixe avec deux doigts, ou mieux encore, comme le veut M. Averill, avec un anneau métallique... La plaie étant réunie avec une bandelette emplastique, on exige du malade le repos le plus complet, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement réunie. » (1)

Si, malgré de telles précautions, des accidens fâcheux surviennent, peut-on garantir que le procédé de M. Goyrand n'en provoquera jamais? Un peu de réserve donc, en attendant que les faits se soient multipliés.

(1) Méd. opér. 2e édit., Paris 1839, t. 3, p. 251 et 252

REVUE CHIRURGICALE.

L'idée d'une *Revue chirurgicale* avait été accueillie avec faveur par tous les esprits sérieux. C'est que tous s'accordent à penser que ce qui manque en chirurgie, c'est surtout la critique. Il ne suffit pas que des travaux et des faits sans nombre soient journellement publiés, il faut que ces faits soient soumis à un travail d'examen et de rapprochement. De même, il faut que les travaux nouveaux soient rapprochés de ceux qui existent; il faut que les doctrines qu'ils renferment soient analysées, discutées, et au besoin, condamnées. Tout cela avec réserve, avec urbanité, sans hauteur déplacée, car si la science est une grande chose, elle doit être aussi une chose honnête et ne chose polie.

Voilà quelles réflexions nous avaient conduit à l'idée d'une *Revue*, exclusivement critique, destinée à reproduire, par voie d'analyse, l'ensemble du mouvement chirurgical. C'était une grande tâche, et bien au-dessus de nos forces. Aussi nous étions-nous appuyé sur un chirurgien éminent, dont nul ne contestera le savoir et la judicieuse activité.

Cette *Revue* devait embrasser les livres, les journaux, les académies et les cliniques, toute la science; car la science entière est renfermée dans le cercle que circonscrivent ces quatre choses que nous venons de nommer : les livres, les journaux, les académies et les cliniques! Il y avait à faire, selon nous, non-seulement une œuvre scientifique importante, mais encore, et tout ensenble, une œuvre de haute moralité chirurgicale.

On a pu penser, toutefois, qu'un recueil uniquement criti-

que n'offrirait pas assez de variété. Il était d'ailleurs possible de concourir à l'avancement de la science de deux manières, par la critique et en fournissant des matériaux nouveaux. C'est dans cette double voie que vont marcher les *Annales*, avec des chances qu'il est du moins possible de déterminer sous le rapport de l'utilité.

Parmi les questions qui ont préoccupé récemment ou préoccupent encore le public chirurgical, il en est trois qu'à cause de leur importance nous sommes obligé de réserver. La première est celle des injections utérines, qui demande une révision des faits, sur lesquels elle repose; la seconde est celle du siége de l'étranglement herniaire, à laquelle M. Malgaigne vient de donner une si contestable solution. La troisième, enfin, est celle du strabisme. Il suffit de la nommer pour que l'on ait une idée de l'intérêt qui s'y attache. Nous prenons l'engagement de la traiter *in extenso*, nous aidant de tout ce qui est acquis à la science sur ce sujet, et de tout ce que pourra y ajouter le fécond esprit de notre époque chirurgicale.

Observations de plaie par instrument piquant et tranchant au cou, avec lésion partielle d'une des moitiés de la moelle épinière, par M. Bégin.

Le fait que nous allons analyser a excité à un haut degré l'attention et l'indignation publiques. Il est relatif à ce brave maréchal-des-logis de la garde municipale qui, ayant voulu faire entendre à un rassemblement le langage de la raison, fut frappé par derrière au moyen d'un instrument piquant. Lafontaine croyait avoir été blessé par un instrument surtout contondant. La plaie, par instrument piquant, qu'il portait à la partie postérieure du cou lui semblait insignifiante.

Tombé au moment de sa blessure, Lafontaine n'avait pu se relever, et attribuait cette impossibilité à la chute elle-même.

Au Val-de-Grâce, où il fut transporté immédiatement, il ne se plaignit que d'un peu d'engourdissement dans le côté droit du corps. La plaie, déjà fermée, paraissait superficielle. Une saignée fut proposée; le blessé s'y refusa. Le lendemain on constata les circonstances suivantes :

« La solution de continuité, parfaitement réunie, est transversale, longue de 13 millimètres, située à la partie postérieure droite du cou, au niveau de la 5e vertèbre cervicale et à 24 millimètres de son apophyse épineuse. Les angles sont également aigus; ce qui porte à penser que l'instrument qui l'a faite était tranchant sur les deux bords. Il n'existe aux environs de cette plaie ni ecchymose, ni tuméfaction, ni chaleur, ni douleur; on ne sent au-dessous d'elle ni endurcissement, ni défaut de résistance dans les muscles. Les mouvemens de la tête et du cou sont parfaitement libres, n'excitent aucune sensation pénible, même lorsqu'ils sont portés très loin, ou lorsqu'ils entraînent des efforts et des pressions considérables, comme pendant l'action de se lever, de s'asseoir, etc. »

» Le blessé ressent de la pesanteur dans le membre thoracique droit, des fourmillemens à la main; il peut cependant, quoique avec un peu de peine, lever le bras et mouvoir l'avant-bras; mais les doigts, courbés dans la demi-flexion, ne sauraient être étendus et ne se ferment qu'imparfaitement sans serrer les corps. Le membre abdominal droit n'exerce absolument aucun mouvement. Une douleur vague se fait sentir le long de la paroi latérale droite de la poitrine. Partout, au bras, au tronc, au membre pelvien, la

sensibilité est conservée dans l'état normal. On remarque de la coloration au visage, un peu de chaleur à la tête, qui est pesante. Le pouls est plein quoique sans fréquence, les actions intellectuelles et les fonctions viscérales sont parfaitement intactes. »

Il résulte évidemment de tout cela que la chute a été l'effet, et non la cause de la paralysie.

Diagnostic : Lésion du cordon antérieur droit de la moelle épinière. Si le membre supérieur droit n'est qu'incomplètement paralysé, c'est que la blessure laisse au-dessus d'elle une partie des origines du plexus brachial.

Pronostic : Grave, quoique la science possède des cas de guérison dans des cas analogues.

Ce pronostic ne fut que trop justifié. Lafontaine, malgré le traitement le plus rationnel, succomba le 27 octobre, à huit heures du matin. L'accident avait eu lieu le 21.

« Ce qui frappe le plus dans cette observation, dit M. Bégin, c'est la paralysie isolée du mouvement, avec conservation entière de la sensibilité dans les membres du côté droit. l'absence de toute douleur, de toute gêne dans les mouvemens du cou et de la tête, la persistance de toutes les excrétions jusqu'au dernier moment. »

Voici maintenant ce que l'autopsie a fourni d'important : « Arrivé sur le rachis; on découvre au milieu de la lame droite de la sixième vertèbre, la base d'un fragment de couteau qui fait saillie de deux millimètres environ, et dont le dos est dirigé vers la ligne médiane. On détache avec soin toute la partie cervicale du rachis, et, en dépouillant la face antérieure des parties molles, afin d'y porter plus aisément la scie, on découvre la pointe de l'arme, qui sort de trois millimètres, entre la sixième et la septième vertèbre, en brisant

le rebord supérieur du corps de cette dernière. . . . » On extrait la moelle avec précaution, et en prenant le soin de laisser en place le corps étranger. La moelle était ramollie au-dessus et surtout au-dessous de la plaie; du pus existait à sa surface. « Elle avait été atteinte par le dos, ou plutôt par le biseau non tranchant de la lame du couteau, et la section s'étendait obliquement, du côté droit, depuis le niveau de l'origine des racines postérieures des nerfs rachidiens jusqu'au sillon médian antérieur. Chacun put constater par un examen attentif que le cordon postérieur était intact, depuis la ligne de naissance des racines postérieures jusqu'au sillon médian, tandis que le faisceau antérieur était coupé depuis le point indiqué jusqu'à la rainure occupée par l'artère spinale. »

Voilà tout ce qu'il nous importe d'indiquer pour faire ressortir le haut intérêt que présente l'observation de M. Bégin. Ajoutons que la portion de l'arme vulnérante, retenue dans le rachis, était longue de quatre centimètres et demi, large de quinze millimètres à sa base, et appartenait à un couteau-poignard à lame très affilée.

Un fait nouveau et parfaitement observé, parfaitement authentique, est donc acquis à la doctrine physiologique qui attribue la sensibilité au faisceau postérieur de la moelle, et la motilité au faisceau antérieur. Que voyons-nous ici, en effet? le faisceau antèrieur est divisé, et il y a paralysie des membres du côté droit : le faisceau postérieur est intact, et la sensibilité est conservée dans ces membres. Il y toute satisfaction pour l'esprit, quand les faits pathologiques et les faits ou les théories physiologiques se prêtent ainsi un mutuel appui.

Indépendamment de l'observation si remarquable de

M. Bégin, et des observations semblables qui se sont produites ou se produiront, la question physiologique nous paraît jugée. Les faits que M. Longet vient de porter à la connaissance du public (V. la *Gazette médicale* du 2 de ce mois) sembleront concluans et décisifs aux esprits les plus exigeans.

Ligature à la méthode dite de Hunter.

L'anévrysme poplité et la méthode dite de Hunter ont occupé récemment l'Académie royale de médecine et le public chirurgical. Cette préoccupation a eu pour cause une note communiquée à l'académie, par M. Roux, note rédigée avec la netteté et le bon goût que l'on se plaît à reconnaître dans les trop rares écrits de cet habile professeur. Parlons d'abord du fait qui a motivé la note; nous analyserons ensuite la discussion à laquelle celle-ci a donné lieu.

M. Roux avait opéré, en août 1837, un artiste vétérinaire, d'un anévrysme poplité siégeant à gauche. Le succès avait été complet. En août 1840, la même personne affectée d'un anévrysme poplité du côté droit, fut opéré encore par M. Roux, d'après le méthode d'Anel, par le procédé de Scarpa (l'autre opération avait été faite de la même manière), et succomba à des accidens de résorption purulente. A l'autopsie, on trouva des traces d'inflammation dans la veine crurale, et un abcès dans le médiastin. Cet abcès était-il de ceux qu'on nomme métastatiques, ou était-il idiopathique? M. Roux pose la question et ne la résout pas. Mais ce n'est point là ce qui a fixé surtout l'attention de M. Roux. Il y a une circonstance bien autrement remarquable qui s'est emparée de son esprit. Laissons-le parler lui-même : « Il y avait eu récrudescence ou récidive de l'anévrysme du côté gauche ; ou plutôt, après

trois ans écoulés depuis l'opération faite de ce côté, malgré l'oblitération parfaite de l'artère crurale, la maladie subsistait encore avec tous ses caractères anatomiques naturels, avec une communication telle entre l'artère poplitée, qui avait à-peu-près son diamètre normal, et la poche anévrysmale, que celle-ci devait recevoir incessamment pendant la vie une quantité de sang plus ou moins considérable. » En définitive, il y avait persistance de la tumeur, avec un volume moindre toutefois qu'avant l'opération. Ce n'est pas seulement sur le cadavre que cette tumeur avait été aperçue. M. Roux, peu de jours avant d'opérer le second anévrysme, l'avait reconnue. Mais elle lui avait paru plutôt dure que molle, et ses battemens étaient obscurs, de sorte qu'il ne l'avait pas crue anévrysmatique, d'autant que, depuis un an qu'elle s'était manifestée, elle n'avait fait aucun progrès. A la suite de la ligature, le cours du sang dans l'artère et la tumeur s'était-il interrompu, pour se rétablir bientôt, ou bien le sang n'avait-il pas cessé de couler dans le tube artériel lié et dans le sac anévrysmatique? M. Roux penche pour la première supposition.

C'est la première fois qu'un fait semblable se présente à l'observation de M. Roux qui a pratiqué cependant 32 fois la ligature selon la méthode dite de Hunter pour des anévrysmes poplités. D'après une communication qui lui a été faite par M. Lenoir, un homme opéré par ce dernier, présenterait, selon toute apparence, un exemple de récidive. Il s'agit encore d'un anévrysme poplité. Enfin, un cas de récidive bien constaté existe en ce moment dans l'un des hôpitaux de Paris. Ce cas est en même temps un exemple d'anévrysme poplité des deux côtés. A part les faits dont il vient d'être fait mention, M. Roux n'en connaît pas d'antérieur à celui

qu'il rapporte. Voici, comment il s'exprime à ce sujet : « Je n'oserais pas dire que ce cas de récidive, mais de récidive en quelque sorte incomplète d'un anévrysme poplité après une opération pratiquée par la méthode de Hunter, dont je viens de faire connaître les principales circonstances soit le premier fait de ce genre ; que rien de semblable n'ait encore été vu. En ce qui est du domaine de l'observation, comme dans ce que l'intelligence de l'homme est susceptible de créer, qui peut dire que telle chose n'a point encore été observée, que tel fait se présente pour la première fois, ou bien que telle entreprise plus ou moins hardie, et qui, pour la première fois, a du retentissement, est bien, en effet, aussi nouvelle qu'elle paraît être, et n'a pas déjà vu le jour en d'autres temps, en d'autres lieux ? » (1)

M. Roux n'admet pas qu'il soit nécessaire d'invoquer la diathèse anévrysmatique pour expliquer la formation de deux anévrysmes poplités. Les causes locales rendent parfaitement compte du fait. Il est au contraire étonnant, d'après ces causes, que l'anévrysme poplité double ne soit pas plus fréquent. Avant le fait dont il est présentement question, et sur plus de 30 anévrysmes poplités qu'il a opérés, M. Roux avait vu ce cas une seule fois. M. Roux a donné

(1) Personne ne contestera à mon très honorable collègue, M. Roux, la justesse de ces remarques. Il me permettra cependant de lui faire observer que, s'il avait jeté les yeux sur la page 143, tome II, de la seconde édition de ma *médecine opératoire*, il aurait vu, sans s'être donné trop de peine, que MM. Montheith et Cuming avaient déjà cité, chacun, un cas de reproduction de l'anévrysme poplité. Il est sans doute permis de ne pas connaître toutes les observations éparpillées, soit en France, soit à l'étranger, dans les divers journaux scientifiques et brochures ; mais est-on aussi excusable, quand on veut connaître l'état de la science sur un point quelconque de médecine opératoire, de ne pas consulter au moins les ouvrages didactiques où il doit en être question. A. V...

le chiffre des opérations d'anévrysmes qu'il a pratiquées. Ce chiffre s'élève à 69. Ces 69 opérations sont ainsi réparties :

Ligature de l'artère crurale pour des anévrysmes poplités, par la méthode dite de Hunter. La ligature a toujours été appliquée à la partie inférieure de l'espace inguinal, avec interposition d'un petit cylindre de diachylum . . . 32

Ligature de l'artère crurale, soit pour anévrismes spontanés ou plaies de cette artère, soit pour remédier à de fortes hémorrhagies consécutives à l'amputation de la jambe . 11

Ligature de l'artère poplitée avec ouverture du sac dans un cas d'anévrysme poplité 1

Ligature de l'artère brachiale, le plus souvent par la méthode dite de Hunter 18

Ligature de la sous-clavière ou du commencement de l'axillaire. 4

Enfin, ligature de la carotide primitive 3

M. Roux est très vraisemblablement, d'après cela, le chirurgien de France qui a le plus souvent fait la ligature des grosses artères, et surtout le plus souvent appliqué la méthode prétendue de Hunter (1). Combien n'est-il pas regret-

(1) Le chirurgien de France, oui, probablement; mais non pas de l'étranger, comme est porté à le croire M. Roux, dont voici les paroles à cet égard : « J'ai pu pratiquer l'opération par la méthode de Hunter, très probablement plus qu'aucun autre chirurgien, soit en France, soit à l'étranger. » J'ai inséré, d'après une note manuscrite de M. Mott (p. IX, t. 1er de ma *Médecine opératoire*), le passage suivant : « M. Mott a pratiqué la ligature de l'artère innominée, une fois; de l'iliaque commune, une fois; de l'iliaque externe, six fois; de l'iliaque interne, une fois; de l'artère fémorale, *quarante-neuf fois*; de la sous-clavière droite, en dedans des scalènes, une fois; des sous-clavières droite et gauche, en dehors des scalènes, trois fois; de la carotide primitive, dix-neuf fois; de la carotide externe, deux fois. » D'où il résulte que M. Mott a pratiqué quatre-vingt-trois fois la ligature des plus

table qu'avec une expérience aussi étendue, M. Roux, disant toujours si bien ce qu'il veut dire, ne fasse pas davantage pour la publicité. Le tableau qui vient d'être esquissé n'est, en quelque sorte, que le filon qui fait deviner dans le sol une mine féconde. La mine entière est à exploiter. Que d'enseignemens ne nous offrirait pas ce tableau, s'il présentait les résultats des opérations, et les détails des cas qui les ont exigées.

Un fait très digne de remarque est l'extrême rareté des anévrysmes spontanés chez la femme, du moins des anévrysmes spontanés des membres. M. Roux n'a jamais eu à pratiquer sur des femmes d'autres opérations d'anévrysmes que celles que peut nécessiter l'anévrysme faux consécutif.

Telle est, en résumé, la note communiquée par M. Roux, dans la séance du 24 novembre dernier, et sur laquelle l'Académie a discuté dans celle du 1er décembre suivant (1).

Le point essentiel de la discussion était la question de récidive ou de persistance de la tumeur anévrysmale, à la suite de la ligature, par le procédé de Hunter. C'est ce que M. le professeur Velpeau a compris parfaitement, en mettant sous les yeux de la savante compagnie, une pièce d'anatomie pathologique, qui prouve que dans un cas où il avait pratiqué la ligature de l'artère humérale pour un anévrysme de ce vaisseau, sur un homme mort d'érysipèle au vingtième jour,

grosses artères du corps. On remarquera qu'il n'est pas fait mention, dans ce catalogue, des ligatures de l'artère humérale, tandis que ces ligatures figurent au nombre de dix-huit dans le catalogue de M. Roux, dont le nombre de ligatures se trouve ainsi réduit, par rapport à celui de M. Mott, au chiffre de cinquante-et-une contre quatre-vingt-trois. A. V.

(1) *Bulletin de l'Acad. Royale de médecine*, t. VI, p. p. 261, 283.

l'artère n'avait pas été oblitérée et pouvait admettre encore assez de sang pour entretenir l'anévrysme.

Un autre point a été soulevé par M. Velpeau, qui a réclamé pour Dominique Anel, la méthode, suivant lui, injustement attribuée à Hunter, dont elle porte le nom. Ce n'est qu'à la fin de l'année 1785 que Hunter pratiqua sa première opération par son procédé. L'opération d'Anel, pratiquée à Rome, devant Lancisi, sur le révérend Bernardino Bolsemo, date de 1710. Ce fut à la suite de cette opération que Lancisi, premier médecin du pape, écrivit à un haut personnage de France, pour lui recommander Anel, dont l'état civil est établi par ces mots *natione Gallus*, dans la lettre du médecin italien. Entre Anel et Hunter, d'ailleurs, se trouve Desault qui, quelques mois avant le célèbre chirurgien anglais, pratiqua une opération d'anévrysme poplité, sans avoir fait l'ouverture de la tumeur, et en plaçant, comme chacun sait, le lien au niveau de l'anneau de l'adducteur. Si donc la méthode nouvelle d'opérer les anévrysmes ne devait pas porter le nom de Dominique Anel, elle devrait porter celui de Desault.

On doit applaudir au sentiment qui a inspiré M. Velpeau dans cette réclamation en faveur de la chirurgie française, comme on doit applaudir aux belles paroles prononcées dans le même sens par M. Bégin. M. Gerdy, bien à regret s'est prononcé contre l'opinion de ses deux honorables collègues. D'après lui le point essentiel dans l'opération de l'anévrysme, n'était pas de respecter le sac ; le point essentiel était de placer la ligature sur une partie assez éloignée de l'anévrysme pour qu'il y eût toute chance de l'appliquer sur une portion saine du vaisseau et d'éviter ainsi les hémorrhagies secondaires. Or, ce point essentiel, ce n'est pas Anel c'est Hunter qui l'aurait aperçu.

Dans cette discussion, nous ne pouvons que nous prononcer en faveur de l'opinion qui donne gain de cause à la chirurgie française, non pas que nous cédions à l'instigation de l'orgueil national, mais parce que les faits sont pour nous. D'Anel à Hunter il n'y a qu'une différence de quelques pouces dans a hauteur à laquelle le fil était appliqué. Au reste, nous reviendrons sur ce point historique, et nous en ferons le sujet d'une note spéciale dans laquelle les faits seront convenablement détaillés et soumis à une rigoureuse appréciation.

Nitrate d'argent dans le traitement des érysipèles.

Au nombre des épiphénomènes ou accidens qui compliquent la marche des maladies chirurgicales, l'érysipèle est sans contredit un de ceux que les chirurgiens redoutent le plus, non-seulement parce qu'il ajoute un élément fâcheux aux affections déjà existantes; mais aussi parce que les moyens que la thérapeutique met à la disposition des praticiens contre cet accident sont souvent insuffisans. On a donc cherché de tout temps un moyen capable d'arrêter ou de modifier cette complication.

M. Davidson, médecin de l'infirmerie royale de Glascow, pense que le nitrate d'argent, employé de la manière qu'il avait déjà indiquée, est un moyen efficace, dans un très grand nombre de circonstances. C'est à Higginbottom que M. Davidson attribue l'emploi de ce moyen. On circonscrit la partie malade à l'aide du nitrate d'argent; on doit surtout avoir soin d'appliquer le caustique hors de la surface malade, sur les parties œdémateuses qui entourent le liséré rouge des érysipèles. A l'aide d'un pinceau, on humecte la partie sur laquelle on doit l'appliquer; ensuite, avec un crayon du caus-

tique, on fait une raie assez forte pour produire des vésicules. Si l'érysipèle existe au bras, on circonscrit toute la circonférence du membre de la manière qui vient d'être indiquée. L'auteur prétend que ce moyen, employé par lui dans un grand nombre de circonstances, a été suivi de résultats très avantageux. Il ajoute que, dans les autres inflammations de la peau, lorsque surtout le tissu sous-jacent au derme n'est pas attaqué, les solutions de nitrate d'argent, à la dose de 10 à 20 grains dans une once d'eau, lui ont très bien réussi. (*London medical Gazette*, n° 12 déc. 1840.)

Des expériences nombreuses et variées ont permis à M. Velpeau d'affirmer que le moyen dont parle M. Davidson, après beaucoup d'autres chirurgiens, n'a aucune espèce d'action sur la marche de l'érysipèle vrai. Ce moyen ne réussit qu'entre les mains des praticiens qui ne connaissent pas la durée naturelle et les irrégularités de l'érysipèle, ou qui, confondent encore cette phlegmasie, soit avec l'érythème, soit avec l'angioleucite, soit avec le phlegmon diffus, soit, enfin, avec la phlébite externe. Le temps finira par en convaincre M. Davidson lui-même, comme M. Velpeau n'a point eu de peine à en convaincre beaucoup d'autres chirurgiens anglais, au lit des malades, à l'hôpital de la Charité.

Epilepsie occasionée par une lésion traumatique des nerfs de la main, par M. Laing, chirurgien de l'hôpital d'Aberdeen.

Une femme âgée de 21 ans, entra le 17 février 1840, à l'hôpital pour une déchirure de la main produite par une mécanique; les trois premiers doigts et la moitié du petit doigt étaient arrachés; le côté interne du pouce, la face palmaire

et dorsale étaient fortement déchirés. Le chirurgien réséqua les os écrasés le plus près possible de l'articulation, et ménagea le plus de chairs possible; les parties furent réunies à l'aide de bandelettes et pansées avec de l'eau froide. Jusqu'au 6 mars, la malade alla bien; à cette époque, des accidens tétaniques se déclarèrent, et se continuèrent pendant quatre jours. Ils furent combattus par des purgatifs, des vésicatoires, de l'opium à forte dose; la malade se rétablit et quitta l'hôpital, le 7 avril. Bientôt après elle y fut de nouveau admise, et, cette fois, les accidens qui succédèrent à sa blessure étaient des accidens épileptiques. Combattus par tous les moyens, les accès d'épilepsie diminuaient quelquefois, pour reparaître avec plus d'intensité. On ne tarda pas à s'apercevoir que toutes les fois qu'on touchait la partie blessée, les accès se développaient; l'observation amenée sur ce terrain reconnut bientôt que ces accès dépendaient de l'ancienne déchirure des parties. L'amputation fut conseillée et pratiquée au milieu de l'avant-bras.

L'examen de la partie amputée montre que les branches digitales du nerf médian, et les mêmes branches du cubital ont quatre fois leur volume ordinaire, surtout près de leur terminaison; leurs extrémités renflées se trouvent engagées dans une cicatrice très dure; elles sont rouges et leur tissu offre plus de dureté que le tissu nerveux dans l'état normal. (*London medical Gazette*, n° 14 déc. 1840.)

L'observation que l'on vient de lire justifie pleinement l'opinion de M. Larrey, qui compte au nombre des causes du tétanos, à la suite des amputations, le gonflement terminal des nerfs et leur incarcération dans une cicatrice dure qui les presse douloureusement. Ces accès épileptiques succédant à une blessure, ne rappellent-ils pas aussi cette variété

du tétanos que quelques auteurs ont introduite dans le cadre nosologique sous le nom de tétanos intermittent? Nous ne confondons pas, toutefois, des accidens tétaniques avec des accidens épileptiques. La méprise serait grave. Dans un cas, il y a état de contraction permanente; dans l'autre, il y a convulsion. Et ici, pourtant, comme pour démontrer qu'il est bien difficile, souvent même impossible de tracer une limite rigoureuse entre les phénomènes morbides, nous sommes obligé d'ajouter qu'il semble y avoir un état pathologique intermédiaire à l'épilepsie et au tétanos.

Examen anatomique d'une ancienne luxation du fémur en haut et en avant, par M. G. A. Gély, doct.-méd., chirurgien-suppléant à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

On a eu rarement l'occasion de constater anatomiquement les caractères de la luxation du fémur en haut et en avant. Nous ne connaissons même qu'un fait dans lequel cette occasion se soit présentée; il est rapporté par sir A. Cooper. Celui de M. Gély méritait donc d'être reproduit dans tous ses détails. Il est relatif à un aliéné nommé Hervé, qui, à cause de sa position, ne put donner aucun renseignement sur son accident. Nous l'extrayons du *Journal de la section de médecine de la Société académique* du département de la Loire-Inférieure.

Nécropsie.

La peau du pli de l'aîne est fortement soulevée, dans son tiers externe, par une tumeur dure, un peu rugueuse à son centre, assez exactement hémisphérique. On remarque que les tégumens sont beaucoup moins mobiles sur le sommet de cette tumeur que partout ailleurs. On sent que la base de cette tumeur s'enfonce profondément entre les muscles de la

cuisse. Les mouvemens de rotation du fémur sur son axe lui impriment un mouvement de locomotion très marqué. Le membre est plus court que celui du côté opposé ; la hanche est aplatie, le trochanter sensiblement rapproché de la région iliaque externe supérieure ; le bout du pied est fortement déjeté en dehors. Le membre est plutôt dans l'adduction que dans l'abduction ; il paraît moins volumineux que l'autre, quoiqu'il soit encore très bien nourri. La distance qui sépare l'épine iliaque supérieure de la partie inférieure de la malléole interne, mesurée avec soin des deux côtés, démontra une différence de 34 millim. (15 lignes) entre les deux membres, prise de la même épine à la rotule, la différence ne se trouva plus que de 28 millim. (12 lignes), sans qu'on pût constater la cause de cette différence. La claudication n'était pas, du reste, pendant la vie, en rapport avec un si grand raccourcissement, parce que le malade avait contracté l'habitude de marcher sur la pointe du pied, qui était effectivement très abaissée.

État des parties constituant l'ancienne et la nouvelle articulation.

La portion iliaque du muscle psoas-iliaque était dans un état de relâchement assez manifeste. Elle se terminait superficiellement par une forte aponévrose, qui s'étendait sur la nouvelle capsule. Profondément, cette portion du muscle iliaque prenait adhérence, à l'aide d'un tissu fibreux, épais et dense, à une surface osseuse née du bord supérieur du bassin, en arrière et en dehors de l'éminence iléo-pectinée, sorte de muraille qui fermait la gouttière par où passe ordinairement ce muscle, et contre laquelle venait s'appuyer, en avant la tête du fémur. La capsule formée par les fibres

musculaires, transformée en un véritable tissu ligamenteux, prenait adhérence, d'une part, au rebord supérieur de cette muraille osseuse accidentelle, et de l'autre à toute la face antérieure et inférieure du col du fémur, en se dirigeant vers le petit trochanter, où ses fibres convergentes se rendaient évidemment en dehors du tendon du psoas. Cette capsule s'étendait sur les côtés de l'articulation nouvelle, en prenant adhérence au bassin, *du côté externe*, à une ligne qui s'étendrait de l'épine iliaque, antérieure et inférieure, à la partie externe du sourcil de la cavité cotyloïde (elle s'engageait là sous le tendon du droit antérieur). *Du côté interne*, l'attache au bassin se faisait un peu en dehors de l'éminence iléo-pectinée, et venait gagner la partie supérieure du bord interne de la cavité cotyloïde. Au fémur, les attaches latérales de cette capsule se faisaient de la manière suivante et à partir de la tête, *en dehors*, le long de la face supérieure du col du fémur jusqu'au grand trochanter. C'est dans ce point que le tendon réfléchi du droit antérieur était appliqué sur elle. Les fibres qui partaient de ce point venaient ensuite en convergeant avec celles qui passaient plus en dedans et celles qui couvraient la tête de l'os, se réunir en dehors du petit trochanter. *En dedans*, les attaches de la nouvelle capsule se dirigeaient le long de la face inférieure du col jusqu'au petit trochanter. La forme générale de cette capsule nouvelle était donc celle d'un triangle allongé, dont la base tournée en haut serait adhérente au bassin, et dont le sommet se fixerait au petit trochanter, dont le centre reposerait sur le tête du fémur en l'enveloppant, et dont les bords, fortement rabattus, auraient pris adhérence aux parties contiguës du bassin et du col fémoral. Nous avons déjà dit qu'elle était exclusivement formée par le tendon charnu de

l'iliaque. Son épaisseur dépassait celle du ligament normal. On rencontra un os sésamoïde dans sa partie l plus élevée, entre la tête du fémur et la surface pelvienne. Cette capsule adhérait à-peu-près à toutes les parties de la tête et du col fémoral, avec lesquelles elle était en contact. Elle unissait les surfaces d'une manière très intime, tout en leur laissant des mouvemens d'une certaine étendue. Son tissu était presque fibro-cartilagineux, surtout à la face profonde; mais à l'extérieur, et sur la tête et le col fémoral, on y distinguait encore très bien des fibres rouges appartenant au système musculaire.

La partie postérieure du grand trochanter était appliquée sur l'ancienne cavité, qu'il était impossible d'apercevoir, tant il était solidement fixé dans cette position. Le col du fémur appuyait directement, par sa face postérieure sur la portion osseuse, qui serait comprise entre deux lignes ouvertes en forme de V; et partant toutes deux du centre de la cavité cotyloïde pour se rendre, l'une, un peu en dehors de l'éminence iléo-pectinée; l'autre, à l'épine iliaque antérieure et inférieure, la tête du fémur est adossée à cette dernière éminence et à la surface osseuse qui s'est élevée derrière elle. Cette tête est donc située entièrement au-dessus du rebord pelvien. Il est en outre facile de voir qu'elle dépasse en haut de près de 10 millimètres, la ligne qui s'étendrait de l'épine iliaque antérieure et supérieure au pubis. Mais si, au lieu de regarder ainsi le bassin de face, on l'envisage par le côté externe, on voit que la tête présente les 2/3 de sa masse en avant de cette ligne iléo-pubienne, tandis qu'un tiers seulement est en arrière. Cette disposition rend compte du soulèvement éprouvé par le ligament de Fallope dans ces deux directions.

Le tendon du droit antérieur ayant été coupé ainsi que toutes les parties molles qui s'attachaient au fémur, la capsule ayant été incisée, en suivant ses attaches au bassin, il fut possible de séparer les deux os et d'examiner l'intérieur de la nouvelle et de l'ancienne articulation, qui ne faisaient, après tout, qu'une seule cavité. En effet, la capsule nouvelle, arrivée de chaque côté au niveau de l'ancienne articulation, se continuait avec un tissu qui avait une grande ressemblance avec les franges adipeuses des grandes articulations. Ce tissu, qui faisait une sorte de ceinture à la cavité cotyloïde, des bords de laquelle il semblait naître, se réfléchissait en haut et en avant, pour tapisser la face postérieure du col du fémur sur laquelle il se perdait. Le point de réflexion de ce tissu cellulo-graisseux, répondait à la face postérieure du grand trochanter, et a la cavité digitale qui se trouvaient appliqués à-peu-près sur le centre de la cavité cotyloïde : dans ce point, le tissu cellulo-adipeux, dont nous parlons, était adhérent à une masse dense rougeâtre, fibreuse, qui se continuait avec les muscles qui passent par l'échancrure sciatique. Ce paquet, fibro-musculaire, avait pris adhérence dans la cavité cotyloïde, à sa partie inférieure et en dehors du tissu cellulo-adipeux, qui fermait par en bas la grande cavité articulaire. La cavité digitale était, du reste, entièrement libre. Toute la surface interne de cette grande cavité articulaire est lisse, et lubrifié par une humeur synoviale.

Modifications subies par les os.

Bassin. L'ancienne cavité n'est certainement pas moins large, mais ses bords se sont évidemment affaissés ; aucune trace du fibro-cartilage circulaire, ni de ligament capsulaire. Le fond de la cavité, beaucoup plus élevé que

de coutume, fort inégal, est constitué par un mélange de tissu fibro-cartilagineux, irrégulièrement soulevé, et du tissu cellulo-adipeux, dont nous avons parlé. Une grosse masse de ce tissu occupe le centre et s'étend à l'échancrure interne de la cavité. Le sol osseux de cette cavité s'est lui-même un peu élevé, en sorte qu'il existe entre lui et la paroi interne du bassin une couche aérolaire de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Il y a cependant exception à faire à ce que nous avons dit plus haut relativement aux parties sur lesquelles repose le col du fémur. Dans ce point, le rebord est affaissé, arrondi, renforcé du côté de la cavité par quelques tubercules osseux nés de son fond, tandis qu'il se continue par en haut avec la surface comprise entre l'épine iliaque inférieure et l'éminence iléo-pectinée. Cette portion du rebord pelvien, qui appartient à la branche iléo-pubienne, présente de chaque côté deux gros tubercules osseux, aplatis, de la largeur d'une pièce de 75 c.; correspondant, l'interne à la partie supérieure du bord interne de la cavité, et l'externe à sa partie la plus élevée. L'intervalle existant entre eux de 12 millimètres; le grand diamètre, y compris ces deux éminences, est de 45 millimètres. Le tubercule interne se confond presque par en haut avec l'éminence iléo-pectinée, l'externe remonte jusque vers la base de l'épine iliaque inférieure. Ces deux tubercules forment les principaux moyens de contact articulaire entre la branche pubienne de l'os iliaque et la partie postérieure du col du fémur qui reposait dessus. Ils sont très lisses, revêtus d'un cartilage mince. La portion osseuse intermédiaire est beaucoup plus déprimée, ce qui donne à cette partie une forme concave très favorable à ses usages; elle est aussi beaucoup moins lisse et percée de nombreux trous vasculaires.

A partir de ce point, la surface articulaire de nouvelle formation remonte sur la branche pubienne de l'os iliaque, en suivant la double courbure de l'os convexe d'avant en arrière, et concave transversalement. Mais elle change bientôt brusquement de direction, en vertu du concours d'une masse osseuse de nouvelle formation, que nous allons actuellement décrire.

Qu'on se figure un demi-cercle de 45 à 50 millimètres de rayon, dont le centre serait appliqué sur l'épine iliaque antérieure et inférieure, et qui prendrait adhérence par son grand diamètre, au rebord supérieur du bassin, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'éminence iléo-pectinée, et l'on aura une première notion de la forme de cette surface de nouvelle formation. Elle ne s'élève point verticalement, mais elle se renverse en dehors et en arrière; en sorte que, bien qu'elle coupe transversalement à angle droit la direction du muscle iliaque, elle se présente à lui d'avant en arrière, sous un angle obtus. Elle paraît appartenir uniquement à la fosse iliaque interne; elle ne fait aucune saillie du côté de la cuisse ni de la fosse iliaque interne; sa base, très épaisse, se confond avec la table interne de l'os. Elle offre une surface supérieure en étendue à celle de la cavité glénoïde, avec laquelle elle a beaucoup de rapport. Elle présente deux faces et deux bords; sa face antérieure est très légèrement concave, et revêtue d'un cartilage en général mince et assez régulier sous ce rapport. La face postérieure est convexe en tout sens, et donne attache aux couches profondes du muscle iliaque, au moyen d'un tissu cellulaire fibreux très épais qui recouvre cette paroi. Le bord postérieur ou supérieur, demi circulaire, un peu irrégulier, épais, donne attache aux couches superficielles du muscle iliaque

en arrière, et à la capsule de nouvelle formation en avant; ce bord est entouré d'une espèce de fibro-cartilage qui rend plus sensible la concavité de la surface osseuse. Le bord inférieur est libre dans sa moitié externe ou supérieure, l'adhérence de cette surface osseuse au bassin se faisant plutôt par sa paroi postérieure que par ce bord. Par l'autre moitié, qui est inférieure et interne, cette surface osseuse se continue avec le tubercule externe de la branche pubienne de l'iléon, et la surface qui le sépare du tubercule interne.

Fémur. Cet os a éprouvé des changemens très manifestes dans sa forme. Le grand trochanter, au lieu de se replier en arrière, comme d'habitude, est évasé en dehors et beaucoup plus volumineux que de coutume, en sorte qu'une ligne verticale passant par le centre du fémur, laisse en dehors une saillie à-peu-près égale à celle que forme en dedans la tête articulaire. Cette disposition donne à l'extrémité supérieure du fémur un aspect cordiforme d'autant plus marqué, que la tête et surtout le grand trochanter paraissent plus élevés que de coutume; du moins, si l'on en juge par la longueur d'une ligne qui diviserait verticalement en deux le sinus existant entre ces deux organes; tandis que, si l'on mesure l'espace compris entre le petit trochanter et le point le plus élevé de la tête du fémur, on trouve plutôt du raccourcissement que de l'allongement. On serait donc tenté d'admettre qu'il y a eu plutôt redressement qu'allongement réel du col fémoral. Le trochanter, au contraire, est évidemment hypertrophié. Mais ce qui permet d'expliquer la profondeur du sinus, qui sépare celui-ci de la tête, c'est l'abaissement de la portion osseuse intermédiaire, laquelle est en même temps déjetée en avant. On observe dans ce point une saillie à base large très prononcée. La cavité digitale, largement dilatée, repré-

sente une fosse profonde à surface inégale. Le petit trochanter est notablement atrophié. En examinant l'os par derrière, et en suivant la ligne qui forme la base du col, en s'étendant du petit trochanter au bord interne du grand, on voit une série de tubercules osseux à sommet, mousses, lisses, qui répondent évidemment à ceux que nous avons décrits sur la branche iléo-pubienne. On peut rapporter à trois les tubercules dont nous parlons : l'un, inférieur, est placé sur la base du petit trochanter; l'autre, supérieur, au-dessous du bord interne du grand trochanter; le troisième, situé précisément entre les deux autres, est le plus grand et le plus saillant. En sorte que la surface générale est légèrement convexe d'un trochanter à l'autre; ce qui lui permet de s'articuler assez exactement avec la surface de la branche iléo-pubienne, qui était concave dans le sens de sa longueur. On peut remarquer que cette série d'articulations linéaires est beaucoup plus étendue que celle qui lui correspond sur le bassin. Le petit trochanter se trouvait donc placé quelques lignes au-dessous de l'éminence iléo-pectinée, tandis que l'angle antérieur du grand trochanter arrivait presque à l'épine iliaque antérieure et inférieure. Le col du fémur est évidemment aplati d'avant en arrière. La tête du fémur a sensiblement perdu de son volume, et sa forme a beaucoup changé. Le sillon qui sépare la portion cartilagineuse a complètement disparu. La portion qui se trouvait en contact avec la surface de nouvelle formation de l'os des îles, appartient exclusivement à la partie postérieure du col et à la face externe de la tête. Cette surface, plutôt plate que convexe, est pourvue d'un cartilage assez imparfait; elle est, du reste, plus étendue que celle qui lui répond sur le bassin. Elle est cependant moins large, mais plus haute, plus exactement

arrondie, et présente le diamètre d'une pièce de cinq francs. La partie supérieure de l'ancienne poulie articulaire est libre dans la nouvelle capsule qui roule sur elle en ce point. Tout le reste de cette surface, ainsi que les parties du col, sont recouvertes par les adhérences de cette capsule. Il est seulement facile de sentir, à travers cette couche fibreuse, que le tissu osseux raréfié cède à la pression du doigt, principalement aux environs de l'attache du ligament rond. Le corps du fémur est plus grêle que de coutume; tout l'os est évidemment raréfié, poreux, léger : le canal médullaire est très vaste, les cellules du tissu spongieux très amples. Du côté du bassin, les surfaces de nouvelle formation sont aussi formées par un tissu poreux et aréolaire. Tous les os sont, ainsi que les autres organes, infiltrés de graisse.

Nous aurions donné plus d'extension à cette revue, mais une grande partie de la place qui lui était réservée va être remplie par l'analyse du concours ouvert devant la faculté pour la chaire de Richerand.

C. M.

VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire.

La lice est ouverte. La chaire de Richerand, la chaire de médecine opératoire à la faculté de Paris, une chaire de professeur dans la première école médicale du monde, sera le prix du vainqueur... C'est, dans les affaires de la chirurgie, un évènement assez important pour que les *Annales* aient dû s'en préoccuper. Une difficulté se présentait. Deux de nos collaborateurs sont juges, le troisième concourt lui-même pour la chaire vacante. Il n'y avait qu'une solution à cette difficulté, c'était que le quatrième et le plus humble rédacteur des *Annales* se chargeât seul, en dehors de toute communication avec les autres, d'analyser les épreuves du concours: c'est ce qui a été fait.

Les concurrens sont, d'après le hasard des initiales : MM. Bérard, Blandin, Boyer, Chassaignac, Huguier, Laugier, Lenoir, Malgaigne, Michon, Robert, Sédillot, Thierry et Vidal (de Cassis).

Les juges pour la Faculté : MM. Marjolin, *président*; Andral, Breschet, Chomel, *suppléant;* Cloquet (1), Cruveilhier, Moreau, Richard, *suppléant;* Velpeau.

Pour l'Académie : MM. Amussat, Bégin, *secrétaire;* Gimelle, Lagneau, Villeneuve, *suppléant.*

Compositions écrites.

Nous ne mentionnons ici ces compositions que pour expliquer les motifs qui nous empêchent de les analyser. D'abord elles sont fort éloignées de nous, et il ne s'attacherait qu'un médiocre intérêt à l'analyse que nous pourrions en faire. Ensuite, il est bien difficile de rendre un compte détaillé et consciencieux de dissertations qui sont lues ou rapidement ou avec peine. Enfin, pour qu'une analyse offre quelque importance, il faut qu'elle suive pas à pas l'œuvre analysée; or, peut-on suivre pas à pas des compositions qui, écrites toujours avec une extrême précipitation, manquent presque nécessairement de coordination. Les compositions écrites sont très

(1) M. Cloquet, tombé malade, a été remplacé par M. Richard, premier suppléant.

propres à donner une idée, une sorte d'avant-goût, qu'on nous permette cette expression, du mérite des candidats, mais elles ne peuvent fournir matière à un travail critique d'une certaine valeur. Il n'en est pas de même des questions orales, ou, pour mieux dire, des leçons; celles-ci peuvent très bien être analysées. On suit beaucoup mieux la parole du professeur qu'on ne suit une rapide lecture. D'une chose lue il ne reste que l'idée générale, insuffisante pour que l'on soit en position de porter sur la chose elle-même un jugement complètement motivé. D'une leçon, au contraire, tout reste, le cadre et les détails.

Dans l'appréciation des leçons préparées, faites par les treize compétiteurs à la chaire de Richerand, notre seul mobile sera le désir d'être juste. Il va sans dire, et nous y revenons à dessein, que nous serons seul dans l'élaboration de cette œuvre de critique; nos collaborateurs, pour des raisons de délicatesse et de probité, ne connaîtront cette analyse que lorsqu'elle sera publique, c'est-à-dire lorsqu'il ne sera plus possible d'en rien retrancher ni de rien y ajouter. Nous prenons donc, et nous entendons que l'on assume sur nous seul la responsabilité de nos paroles. On peut nous croire: nous ne souffririons pas que, dans une question aussi délicate, aucun jugement se substituât au nôtre, lorsque c'est nous qui signons.

Leçons après vingt-quatre heures de préparation.

M. Michon. *Du traitement des polypes en général.*

M. Michon a divisé sa leçon en deux parties : dans la première il a exposé l'histoire chirurgicale des polypes; dans la seconde, leur traitement. Voici comment il a présenté les généralités sur l'histoire de ces produits : 1° Énumération des sièges divers dans lesquels ils peuvent se former. Il a cité, à ce propos, deux cas qu'il a observés, de polypes sur la luette : la seule opération applicable était l'excision; elle fut pratiquée. 2° Nombre des polypes. Ils sont ordinairement solitaires. M. Michon a mentionné le fait exceptionnel de Levret, dans lequel il y en avait sept. 3° Variétés. Elles sont nombreuses; il y a des polypes vésiculeux, lardacés, granuleux, fibreux, sarcomateux, etc. 4° Enfin, accidens déterminés par les polypes.

Il nous semble regrettable que M. Michon ait consacré une demi-heure, c'est-à-dire la moitié du temps qui lui était accordé, à des détails de pure pathologie. Nous sommes loin de prétendre qu'il ne fallût pas entrer dans quelques considérations sur le siège et les variétés des polypes; mais nous

disons que toute remarque ne se rattachant pas immédiatement au traitement devait être exclue. Il s'agissait de faire une leçon sur le traitement des polypes en général, et non sur les polypes en général. Avec plus de sobriété sur la question pathologique, M. Michon eût pu traiter complètement la question opératoire, la question posée par le jury.

Dans la seconde partie de sa leçon, M. Michon a d'abord exposé les opérations préliminaires que le traitement des polypes peut exiger. Ces opérations consistent dans la division du voile du palais, pratiquée plusieurs fois pour atteindre des polypes de la partie postérieure des fosses nasales; dans la division des ailes du nez; enfin, dans l'application du trépan, lorsque le polype siège dans le sinus maxillaire ou le sinus frontal. M. Michon est arrivé ensuite aux opérations de polypes proprement dites, et a examiné successivement : 1° la cautérisation, distinguée en actuelle et potentielle; 2° l'excision, que l'on pratique de deux manières, un polype pouvant être excisé en masse ou partiellement; 3° le déchirement; 4° l'arrachement, à propos duquel il a cité l'observation rapportée par M. Gerdy, dans laquelle on voit qu'un chirurgien tira avec assez de violence pour arracher la lame criblée de l'ethmoïde, sur laquelle un polype était implanté; 5° le séton, qui serait applicable dans quelques cas, nous ignorons lesquels; 6° la compression; 7° enfin, la ligature. On devait s'attendre à ce que M. Michon décrivît les instrumens propres à l'application de ce dernier moyen, d'autant plus qu'il les avait fait ranger devant lui, et que, pouvant les montrer, il était dans la meilleure condition pour les décrire. Il s'est excusé sur le peu de temps qui lui restait, et a dû regretter, en ce moment, d'avoir fait si longue la première partie de sa leçon. La torsion, le broiement et la méthode mixte ont été ensuite rapidement indiqués par M. Michon, qui, décidément, donne la préférence, comme moyen général, à l'excision, ce qui ne s'accorde pas avec la pratique de la plupart des chirurgiens.

M. Michon est un chirurgien laborieux, instruit, et, quoique jeune encore, expérimenté. Il a fait preuve, dans sa leçon, d'une parole abondante et facile. Mais que M. Michon se défie de cette facilité! il ne faut pas qu'elle dégénère en volubilité; il en résulterait que ce qu'il pourrait dire, même avec un ton légèrement déclamatoire, manquerait de relief. L'orateur qui craint de s'arrêter un peu entre chaque phrase a ordinairement des phrases à souder, toujours les mêmes, dont il remplit, avec une fatigante monotonie, les intervalles qui auraient dû appartenir au silence et à la réflexion. Nous concevons, d'ailleurs, que l'on ne se possède pas complètement

devant un auditoire nouveau et imposant. Au surplus, M. Michon a été vivement applaudi. Les marques de satisfaction ou de sympathie auraient été plus légitimes encore si le candidat s'était livré à quelques-unes de ces considérations larges et élevées qui font le véritable mérite d'une leçon.

M. Chassaignac. *Résections dans la continuité.*

Après avoir défini son sujet, dans lequel il a fait rentrer l'ablation des exostoses, dont il n'a plus parlé, et avec raison, dans le reste de sa leçon, M. Chassaignac a glissé sur la reproduction des os à la suite des résections, reproduction parfaitement analogue, suivant lui, à la formation du cal, et à propos de laquelle il aurait beaucoup emprunté, a-t-il dit, aux travaux de MM. Breschet et Cruveilhier. Il y a là matière à plusieurs objections. D'abord il semble que cette question de la reproduction était assez intéressante pour que l'on ne dût pas se borner à l'indiquer sommairement; en second lieu, la reproduction à la suite des résections est un phénomène fort différent de celui par lequel s'opère, dans les cas ordinaires, la consolidation des os fracturés; enfin, cette reproduction étant, au contraire, très analogue à la réparation des fractures compliquées, et l'étude de celle-ci ayant été peu approfondie, même par MM. Breschet et Cruveilhier, M. Chassaignac se faisait illusion en pensant que les ouvrages de ces savans professeurs lui auraient fourni d'amples détails sur son objet.

M. Chassaignac est passé ensuite à l'historique de la question. Nous devons le dire, cette partie de la leçon a offert une certaine aridité. Que nous reste-t-il quand on nous a appris que Galien, Celse et d'autres pratiquaient la résection? Ce ne sont pas des noms, ce sont des faits, ce sont des idées que nous demandons. Si Galien a réséqué, il faut nous dire dans quelle circonstance. L'élève aura oublié demain le nom que vous lui citiez hier; il n'en serait pas de même, si vous aviez rattaché ce nom à une idée ou à un fait important.

Après l'historique, les indications. Ici M. Chassaignac nous a paru confondre la résection avec l'enlèvement pur et simple des esquilles. Il a dit, par exemple, que les chirurgiens militaires pratiquaient souvent la résection dans les plaies d'armes à feu; ce n'est pas tout-à-fait exact; ils réséquent quelquefois, comme les autres chirurgiens; ce qu'ils pratiquent surtout, c'est l'ablation des portions d'os détachées plus ou moins complètement. Le fait de Paré que M. Chassaignac a donné comme un exemple de résection n'est aussi qu'un cas de fracture avec esquilles, dans lequel le chirurgien, qui était l'ami de

Paré, procéda simplement à l'enlèvement de celles-ci. M. Chassaignac a mis au nombre des indications de la résection un cas dans lequel l'extrémité d'un fragment était implantée dans le deltoïde, et un autre dans lequel l'un des fragmens était engagé dans le canal médullaire du fragment opposé. Mais, pour réséquer dans ces deux cas, il aurait fallu mettre le fragment à découvert et le dégager; or, ce résultat obtenu, il aurait mieux valu réduire la fracture et le maintenir, que de pratiquer la résection devenue inutile. Nous n'avons pas compris non plus comment une tendance extrême au déplacement, dans une fracture, serait un cas de résection. M. Chassaignac a fait remarquer que, dans les fractures compliquées, les fêlures remontant quelquefois très loin, on était exposé à ne pas enlever toute la partie fêlée. C'est là une assertion que nous relevons d'autant mieux qu'elle exprime l'opinion de la plupart des chirurgiens sur la fêlure. Un os fêlé, dans la pensée générale, est un os condamné à la rugine ou à la scie, comme si un os, qui guérit d'une fracture, ne pouvait, à plus forte raison, guérir d'une fêlure! Bon nombre de chirurgiens, et M. Chassaignac a un peu commis cette erreur, confondent les fausses articulations avec la non-consolidation. Ce sont pourtant deux états distincts qu'il importe de considérer isolément, du moins en théorie; de ce que trois ou quatre mois après une fracture de l'avant-bras, par exemple, les fragmens ne sont pas réunis, il ne s'ensuit pas qu'il y ait fausse articulation; ce peut être un cas de non-consolidation pure et simple, sans que des moyens ligamenteux se soient établis entre les fragmens. M. Chassaignac a d'ailleurs fait justement observer que d'autres moyens beaucoup moins dangereux et plus simples, entre autres le bandage inamovible, employé avec tant de succès par M. Velpeau, dans les cas semblables, devaient être préférés à la résection. M. Chassaignac, citant le fait récent dans lequel M. Flaubert a enlevé un maxillaire supérieur pour extraire un polype, a formulé une condamnation expresse sur une telle opération, qui ne peut que faire songer, quelque gravité que l'on ait dans l'esprit, à cette fable dans laquelle on voit un ours rendre un singulier service à son maître. Seulement, on peut se demander si une amputation de maxillaire supérieur rentrait bien dans le cadre des résections.

Les indications posées, le candidat est passé au manuel opératoire. Ce manuel se compose d'opérations préliminaires, telles que l'enlèvement des dents quand il s'agit de réséquer une portion de la mâchoire inférieure, et de l'opération proprement dite que M. Chassaignac a décrite après quelques mots bien rapides sur les instrumens qui servent à la résection, et, en particulier, les scies.

Ce que M. Chassaignac a dit, il l'a dit avec netteté, et avec la parole

élégante, docile, harmonieuse que chacun se plaît à lui reconnaître. Malheureusement il nous semble s'être privé d'un grand nombre de développemens importans. Peut-être mettons-nous une trop minutieuse sévérité dans ces comptes-rendus; mais nous avons pensé que les hommes tels que M. Chassaignac devaient être jugés sérieusement.

M. Robert. — *De la ténotomie.*

M. Robert avait à traiter un question neuve, et, comme on dit, palpitante d'actualité. La curiosité était vivement excitée, tant à cause de l'intérêt même du sujet qu'en raison de quelques amours propres engagés dans la question. Après avoir dit qu'à l'exemple de la plupart des chirurgiens, il ferait rentrer dans la ténotomie, la myotomie, l'aponévrotomie et la section des ligamens, M. Robert a exposé l'historique de cette classe d'opérations. Nous ferons ici la même remarque que pour M. Chassaignac. Il ne faut pas traiter un point historique si l'on ne veut que citer des dates et des noms d'auteurs, sans faire connaître les faits auxquels ces dates et ces noms, qui ne sont rien sans eux, se rapportent. M. Robert a arrêté son historique à Stromeyer qui, en 1833 et 34, publia six cas de pieds bots guéris par la section du tendon d'Achille, et fut, pour ainsi parler, le promoteur de l'ère ténotomique. On a fait, en France, assez de recherches sérieuses, assez de travaux importans sur la ténotomie, pour que, sans trop de complaisance, M. Robert eût pu rendre justice à certains chirurgiens de notre pays, à MM. Guérin, Duval et Bouvier, entr'autres. Il les a cités dans le cours de sa leçon, mais, à notre avis, ils méritaient une mention spéciale dans la revue historique.

Les indications avaient leur place marquée après cette dernière. Le candidat les a partagées en 6 catégories: 1° Difformités congéniales; 2° difformités accidentelles; 3° faiblesse ou paralysie des certains muscles; 4° maladies des ginglymes ayant laissé un état angulaire des articulations; 5° luxations anciennes et fractures; 6° rétraction des aponévroses. On voit par ce cadre que M. Robert n'a pu omettre aucune indication. Nous ferons, au sujet de ces catégories, une seule remarque, c'est que les quatre dernières rentrent dans la seconde, de sorte qu'il eût été peut-être plus exact d'établir deux grandes divisions: 1° Difformités congéniales; 2° difformités acquises. Dans cette seconde classe on aurait fait rentrer les indications des 4 dernières catégories. Nous regrettons que M. Robert n'ait pas cru devoir examiner la théorie de M. Guérin sur les contractures

musculaires. Il a laissé ainsi dans sa leçon un vide que tout le monde a dû remarquer. Nous ne disons pas qu'il fallût adopter toutes les idées du Directeur de la Gazette médicale, mais, certainement, elles sont assez importantes, elles constituent un point de doctrine assez élevé, elles ont été présentées d'une manière assez scientifique, pour que M. Robert dût les prendre en sérieuse considération, et les discuter. Ces idées sont justes ou elles sont erronées: dans le premier cas elles devaient être exposées : dans l'autre il était nécessaire d'en faire justice.

M. Robert nous a paru se préoccuper excessivement des changemens de position et des altérations que la contracture des muscles peut, au bout d'un certain temps, produire dans les os. Personne ne contestera que ces changemens et ces altérations ne puissent avoir lieu; mais ce qui est positif, c'est que des jeunes gens, pieds-bots de naissance, opérés à vingt ans, ont recouvré la forme normale et les usages de leurs membres. Si nous parlons de jeunes gens de vingt ans, c'est que nous-mêmes en connaissons plusieurs qui doivent au ténotome leur retour à une bonne conformation. Ne cherchons pas à mettre en doute les services évidens que nous rendons à l'humanité, et ne travaillons pas nous-mêmes à diminuer notre importance. M. Robert, qu'il nous permette de le juger, est un esprit distingué et un homme de bonne pratique, mais, franchement, il ne paraît pas s'être occupé encore, d'une manière approfondie et par ses propres mains, de la question qui lui était échue.

M. Robert a rangé les procédés opératoires dans deux méthodes principales: 1° méthode ancienne; division des tégumens; 2° méthode moderne; incision sous-cutanée. Ici encore il est regrettable, et, disons-le, peu concevable que M. Robert ne soit pas entré dans quelques considérations sur la valeur des incisions sous-cutanées. La méthode sous-cutanée est toute une doctrine, et M. Robert, en ne l'examinant pas avec les développemens convenables, nous paraît avoir commis une grave omission.

M. Robert n'a dit que quelques mots du mode de consolidation des tendons divisés ; la question, ce qui nous surprend, ne lui a pas semblé assez importante pour l'arrêter davantage.

Relativement à l'emploi, après la ténotomie, des moyens propres à maintenir écartés les bouts des tendons, le candidat s'est prononcé pour l'application immédiate de ces moyens dont l'action doit, suivant lui, être graduée jusqu'à la guérison ; c'est une opinion à laquelle nous nous rangeons. Nous eussions désiré que M. Robert eût donné place, dans son cadre, à des considérations

générales sur le point où le tendon doit être attaqué. La leçon a été terminée par un exposé rapide de toutes les opérations de ténotomie en particulier. A notre gré, il eût mieux valu, puisque les généralités d'une question ne se composent, après tout, que des particularités, faire rentrer celles-ci dans l'étude générale de la ténotomie. On serait resté ainsi dans l'esprit de la question.

Quoi qu'il en soit, il ne faudrait pas croire que la leçon de M. Robert n'a pas été une leçon satisfaisante. Le candidat a fait preuve, tout au contraire, d'une remarquable aptitude à l'enseignement. Il a parlé avec chaleur et conviction. A sa descente de la chaire, tout l'auditoire l'a applaudi.

M. Blandin. *Des débridemens.*

De tous les concurrens que l'héritage du baron Richeraud a appelés dans l'arène, M. Blandin est le plus connu des élèves, disons-le aussi, le plus aimé. Ce qui a valu à M. Blandin cette sympathie de la jeunesse médicale, ce qui lui garantit la considération générale, c'est un travail opiniâtre et consciencieux; c'est, ensuite, un soin extrême et une scrupuleuse assiduité dans son enseignement de l'école pratique; c'est, enfin, une grande distinction et une parfaite aménité dans les formes. M. Blandin a déjà beaucoup fait pour l'enseignement. Bon nombre de jeunes chirurgiens se sont formés à ses leçons cliniques et à ses démonstrations opératoires. Lorsqu'un jour, M. Blandin, appelé officiellement à instruire la jeunesse, sera maître de son cadre, et délivré de toute émotion, la faculté comptera un professeur éminemment utile de plus. En ceci, nous ne préjugeons rien assurément sur l'issue du concours; nous voulons dire seulement que la place de M. Blandin est infailliblement marquée dans le sein de la faculté.

La question des débridemens en général était une question entièrement à faire. Rien n'est difficile à préparer comme ces questions qu'il faut composer d'élémens disparates, avec un peu de toutes les autres, et qui exigent qu'en moins d'une journée, on fouille avec le souvenir tous les recoins de la pathologie. Il n'y a aucune comparaison, pour la difficulté, entre une question semblable, et, par exemple, la description d'une opération. Il serait même fort difficile de juger comparativement deux candidats qui auraient eu, l'un la première de ces questions, l'autre la seconde.

D'abord qu'est-ce que le débridement? Il n'en existe pas une bonne définition en chirurgie. Si nous prenons le mot dans son acception la plus immédiate, il signifie ôter une bride. Maintenant faut-il s'en tenir à ce mot bride,

et entendre qu'il y a débridement alors seulement que l'on agit sur une bride proprement dite? Personne ne voudrait rétrécir ainsi la question. M. Blandin l'a considérée de la manière la plus étendue. Le débridement, pour lui, est une opération qui consiste à lever un obstacle mécanique. On a pu trouver que les termes de la question étaient, de cette manière, trop largement posés, et qu'il eût fallu restreindre les cas de débridement à ceux dans lesquels on opère avec l'instrument tranchant. Toutefois, lorsque Thévenin, Arnault et Leblanc levaient l'étranglement herniaire par la dilatation, ne pratiquaient-ils pas un débridement, dans l'acception propre du mot? Il est difficile de se prononcer. Dans le sens pratique et usuel, c'est l'objection qui a raison; en droit et en logique c'est M. Blandin.

D'une manière générale, dit M. Blandin, on débride dans deux sortes de cas : pour prévenir un étranglement, ou pour le faire cesser. Le débridement est donc préventif ou curatif. M. Blandin examine, ensuite, la question du moment dans lequel il convient de débrider, point important qui appelle toute l'attention du chirurgien; lorsque, par exemple, il s'agit d'un panaris du petit doigt ou du pouce, il faut se hâter, leurs synoviales communiquant avec la grande bourse du poignet. Après quelques mots sur les précautions à prendre pour éviter les cordons nerveux et les gros vaisseaux, M. Blandin s'occupe des instrumens, qu'il distingue en conducteurs (les sondes, le doigt), et en agissans (les différens bistouris, les ciseaux).

Cela posé, M. Blandin étudie les indications, qu'il rapporte : 1° aux plaies; 2° aux corps étrangers; 3° à l'étranglement; 4° enfin, à l'étroitesse ou au défaut d'ouvertures qu'il importe d'agrandir ou d'établir. 1° Débridement dans les plaies. Il est très rare, dit M. Blandin, que l'on ait à débrider dans les plaies par instrument tranchant. Il n'en est pas de même dans celles par instrument piquant, soit que l'on ait pour but de prévenir l'inflammation phlegmoneuse, soit que l'on veuille achever la section d'un nerf incomplètement divisé. Mais c'est surtout dans les plaies d'armes à feu que la nécessité du débridement est fréquente. Les doctrines contraires qui ont régné sur ce point ont été exposées d'une manière nette et succincte, par M. Blandin qui a formulé son opinion de la manière suivante : en résumé, si j'étais obligé de choisir entre les deux méthodes exclusives, entre le débridement toujours et le débridement jamais, dans les plaies par armes à feu, j'opterais sans hésiter pour le débridement toujours. Il a rapporté, à ce sujet, l'exemple d'un tambour de la garde nationale atteint d'un coup de feu à la cuisse, dans une des dernières émeutes; le membre avait été traversé, sans que l'os eût été

lésé; la plaie paraissait très simple; il ne débrida pas; en moins de 36 heures la partie avait acquis un volume énorme, et il fut obligé de pratiquer sur elle des incisions nombreuses et profondes. Arrivé à ce point de sa question, M. Blandin s'est arrêté pour étudier le débridement dans les diverses régions du corps, aux membres, à la tête, au col, à la poitrine, à l'abdomen. Ces considérations ne se rapportant pas plus aux plaies par armes à feu qu'aux autres plaies, il eût été peut-être désirable qu'elles fussent exposées à part. 2° Débridement dans le cas de corps étrangers. Se voyant pressé par le temps, forcé de sacrifier quelques points dans une question aussi vaste, M. Blandin a glissé rapidement sur cette seconde classe d'indications. 3° Débridement dans l'étranglement. Ici le débridement est essentiellement curatif. Il s'agit soit de lever, au moyen de larges incisions, l'étranglement d'un membre par l'aponévrose d'enveloppe, soit de faire cesser un étranglement herniaire. Dans ce dernier cas le débridement suit ou précède l'ouverture du sac, car je ne suis pas, dit M. Blandin, de ceux qui admettent que l'étranglement herniaire est toujours produit par le collet du sac. M. Blandin a l'habitude, pour faciliter l'opération, de faire fixer les côtés du sac au moyen de deux pinces tenues par des aides. Les intestins et l'épiploon ne sont pas les seuls organes susceptibles de s'étrangler. On a observé assez souvent l'étranglement du cordon testiculaire et du testicule. M. Blandin en a cité plusieurs cas qui sont, en même temps, des exemples d'erreur de diagnostic, erreur peu grave, au reste, car, le plus souvent, le chirurgien ayant débridé comme pour la hernie, les accidens ont cessé. 4° Débridement pour ouverture trop étroite ou défaut d'ouverture. Aux prises, pour ainsi dire, avec le temps, M. Blandin termine en rapportant succinctement la récente observation de M. Amussat. Il n'avait pu qu'indiquer le débridement dans les cas de brides cutanées, et le débridement ténotomique, dont il aurait fallu, pensons-nous, faire deux classes distinctes, ajoutées aux quatre autres.

La question de M. Blandin était, si l'on peut parler ainsi, une question sans rivages. Pas de contours; rien d'arrêté. Il n'était pas possible de la traiter sans s'exposer à de justes objections sur le cadre, qui ne pouvait manquer d'être trop étroit ou trop vaste. Nous avons mis les lecteurs à même de juger; ils penseront comme nous, que M. Blandin s'est tiré avec distinction d'une épreuve difficile. Les applaudissemens ont été unanimes.

M. Bérard. *De l'opération de la hernie étranglée.*

Voilà, disons-le par avance, une belle et une bonne leçon ; et pourtant, ce n'était point là la leçon qu'aurait dû faire M. Bérard. Expliquons-nous : ce n'était point là le sujet qui aurait dû lui échoir. Ici c'est le sort qui s'est trompé. Qu'est-ce, en effet, pour une intelligence chirurgicale aussi distinguée, pour une instruction aussi étendue, qu'est-ce qu'une question de hernie étranglée ; question banale, question toute faite, question à propos de laquelle il n'y a point de cadre à chercher, puisque ce cadre est tracé dans tous les auteurs ; question, enfin, que, sauf l'expérience, le premier interne venu de nos hôpitaux traiterait presque aussi bien qu'un professeur ? De quel esprit de généralisation, de quelle portée philosophique, peut-on fournir la preuve, quand on a à exposer les indications du débridement herniaire, les temps de l'opération et les accidens qui peuvent la suivre ? Y a-t-il rien de plus simple, rien de plus facile, et n'était-ce point là plutôt un sujet de leçon improvisée, qu'un sujet de leçon préparée ?

M. Bérard a commencé par quelques considérations générales sur les hernies. Il pense que le plus souvent c'est le collet du sac qui détermine l'étranglement. C'est dire qu'à l'exemple de M. Blandin, il n'admet pas la doctrine exclusive que M. Malgaigne, avec le beau talent qu'on lui connaît, a cherché récemment à faire prévaloir, doctrine à laquelle il nous est d'ailleurs impossible de nous ranger. Dans ces considérations générales, fidèle à l'esprit de sa leçon, M. Bérard a tout indiqué, et n'a rien approfondi, attendu qu'il ne devait rien approfondir.

M. Bérard a ensuite examiné, avec les plus grands détails et tout le soin que demandait ce point important, la question du temps dans lequel il convient d'opérer. Si pour résoudre cette question, vous consultez les livres ou les faits, a-t-il dit, l'embarras est égal. Dans certains cas on a pu attendre jusqu'à vingt-deux jours. Richter permet à peine le taxis. Vous vous déciderez selon la gravité des accidens. Il y a des hernies étranglées pour lesquelles il est permis et même nécessaire de différer. Il y en a d'autres qui commandent la plus grande célérité. On ne saurait, à ce sujet, établir de règle absolue. Les hernies inguinales exigent, en général, moins de promptitude que les hernies crurales.

Ce premier point éclairci, M. Bérard a exposé le manuel opératoire, qu'il a étudié dans la hernie étranglée simple d'abord, et ensuite dans la hernie compliquée. On comprend que nous ne pouvons suivre M. Bérard dans une

exposition qui serait pour nos lecteurs une fastidieuse répétition de choses connues. Qu'on ne voie pas là une critique détournée. Ces choses connues, qui fatigueraient à la lecture d'un compte-rendu, ont singulièrement intéressé l'auditoire, par la façon nette, rapide, brillante, en un mot, de tous points remarquable, dont elles ont été présentées.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que M. Bérard est connu des élèves. Ce n'est pas d'aujourd'hui non plus qu'il est en possession de l'estime des chirurgiens. Il a fait ses preuves dans bon nombre de concours, et dans ce modeste mais si profitable enseignement de l'Ecole pratique. Nous ne pouvons assez louer l'érudition de bon aloi, le goût épuré, la parole élégante, précise et insinuante de M. Bérard. De lui également on peut dire qu'il fait partie intégrante de l'avenir de la Faculté. L'auditoire a été aussi satisfait que nous, car la leçon terminée, une triple salve d'applaudissemens a été poursuivre le candidat jusqu'à sa place.

M. Thierry. *Du traitement des coarctations.*

M. Thierry est un chirurgien instruit et un praticien recommandable. Il est connu dans la science par des travaux qui ne sont pas sans originalité. Ses expériences sur la torsion des artères lui assignent une place distinguée dans l'histoire de l'hémostatique. La question qu'il avait à traiter était difficile. Il a fait preuve de connaissances pratiques. Malheureusement il n'a pas l'habitude de parler en public, et sa leçon s'en est ressentie. C'est ce dont lui-même semble s'être aperçu, car il a terminé en rappelant à ses juges cet axiôme de l'Ecole de Paris : *non in verbis, sed in rebus.* Nous sommes forcé de faire remarquer que, dans un concours, et, pour un professeur, la forme n'est pas moins essentielle que le fond; or, il s'agit d'un concours et d'un professeur à nommer.

M. Philippe Boyer. *Des sutures.*

Après avoir défini la suture, M. Boyer a rappelé les diverses distinctions établies par les anciens : celle qui divisait les sutures en sèches et sanglantes; celle qui admettait des sutures incarnatives, restrinctives et conservatives. Il n'adopte pas la classification de Dupuytren qui reconnaissait des sutures par affrontement, par renversement, et par invagination. Il proposerait de distinguer les sutures en celles dans lesquelles les aiguilles ou crochets sont laissés dans les lèvres de la plaie, et celles dans lesquelles les aiguilles ne servent qu'à porter les fils, qui restent seuls dans les lèvres de la solution de continuité. Quant à nous, il nous semble que toute distinction

autre que celle des variétés entre elles n'a pas une utilité suffisante. Ainsi, que l'on admette une suture à points passés, une suture encbevillée, une suture entrecoupée, une suture à anse, etc., cela est indispensable, mais que, non content de spécifier chaque variété, on veuille les réunir par groupes distincts, nous le répétons, cela nous paraît une superfluité. M. Boyer a décrit avec une grande précision les différentes sutures, et s'est tiré, tout-à-fait à son avantage, d'une tâche épineuse. Il était peut-être difficile de se faire écouter avec attention et de se faire comprendre en décrivant les sutures; grâce à la netteté de sa diction et à une exposition parfaitement méthodique, M. Boyer y a réussi. Il a décrit une variété de suture encore peu connue en France, et employée par M. Dieffenbach, dans quelques cas de fistules vaginales. On passe un fil autour de l'ouverture de la fistule de la même manière qu'on passe un cordon de bourse; on tire ensuite sur les extrémités du fil, et on fronce ainsi l'orifice fistuleux. Cette suture qui doit être, dans les cas spécifiés, d'une application difficultueuse, est appelée, par son auteur, suture en cordon de bourse. M. Boyer a examiné successivement quelles conditions devaient présenter les lèvres d'une plaie pour que la suture fût applicable, combien de temps les fils devaient rester en place, et de quelle manière on devait les retirer. Il a terminé par des remarques sur la suture après l'amputation. On voit que M. Boyer a laissé de côté la grande question des sutures intestinales. Nous ne pouvons nous empêcher de le regretter, comme aussi nous regrettons qu'après avoir nommé Pibrac, M. Boyer ne se soit pas lancé, sur les traces de ce chirurgien célèbre, dans quelques considérations élevées sur l'emploi des sutures. Quel beau texte le candidat aurait pu trouver dans les diverses fortunes que ce moyen chirurgical a subies depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, et quel dommage qu'il l'ait négligé!

M. Huguier. *Opérations que nécessitent les tumeurs érectiles.*

M. Huguier, dans la première partie de sa leçon, s'est livré à des considérations chirurgicales fort intéressantes par elles-mêmes et par la manière dont elles ont été présentées. Après avoir indiqué les quatre espèces de tumeurs érectiles, savoir : celles qui sont formées exclusivement par des artères, celles qui sont formées par des veines, celles qui sont formées à-la-fois de veines et d'artères, et, enfin, celles dans la composition desquelles entre du tissu encéphaloïde, il a passé successivement en revue les différens siéges où les tumeurs fongueuses sanguines peuvent se produire. Cela fait, il a exposé les différens moyens que l'art peut leur opposer. Il en était à la ligature

lorsque la voix du président est venue l'arrêter. M. Jobert (de Lamballe), a pratiqué dernièrement la ligature de la carotide primitive pour une tumeur de ce genre, siégeant dans l'orbite, et le succès, encore sans exemple en France, a répondu à ses efforts. Presqu'en même temps, un homme atteint d'une pareille tumeur aux deux orbites, subissait la ligature de l'un des troncs carotidiens, à l'hôpital de la Charité, entre les mains de M. Velpeau, sans que la tumeur correspondant au vaisseau lié ait disparu, la carotide du côté opposé y ayant entretenu la circulation. C'étaient là de remarquables faits à citer. Le candidat n'y aurait pas manqué si l'heure n'était arrivée. M. Huguier, qui en est à ses premières armes, promet un redoutable champion aux lutteurs des futurs concours.

M. Lenoir. *Des amputations dans la contiguité.*

La leçon de M. Lenoir a été une excellente démonstration. Après avoir défini les amputations dans la contiguité, et en avoir donné la synonymie, le candidat a exposé l'historique de ces opérations. Impossible, a-t-il dit, de les faire remonter aux temps hippocratiques. Les anciens n'amputaient que dans le cas de gangrène; lorsque celle-ci s'arrêtait à un article, ils séparaient le mort du vif dans l'articulation. Ce n'était point là ce qu'on peut appeler une amputation. Héliodore proposa formellement, le premier, d'amputer dans les jointures. Il conseillait de cautériser les cartilages. Albucasis parle des désarticulations dans des vues déjà moins restreintes; il ne s'arrêtait qu'au coude et au genou. Paré amputa dans l'articulation huméro-cubitale; son opération devint surtout célèbre par l'accident qui atteignit le blessé, le tétanos, et par le traitement que le grand chirurgien y opposa. Plus tard, avec Ledran, Morand et Heister, la question fit de grands pas. Enfin, l'académie de chirurgie s'en empara; c'est dans son sein que fut proposée la plus redoutable, la plus effrayante des désarticulations, l'amputation coxo-fémorale, à propos de laquelle M. Lenoir, qui a un esprit de justice bien connu, aurait pu dire qu'elle vient d'être pratiquée à Paris, par M. Sédillot, avec un succès qui n'avait pas encore eu d'exemple dans cette capitale, nonobstant d'habiles tentatives. Ce premier point de sa question terminé, M. Lenoir s'est livré à des considérations anatomiques qu'il a rattachées soigneusement à la question opératoire, mais qu'il eût été mieux d'omettre, attendu qu'elles ont demandé un temps précieux qui aurait pu servir à l'examen de points plus importans. M. Lenoir a parfaitement indiqué les règles à l'aide desquelles on parvient sûrement aux articulations. Toute cette par-

tie de sa leçon a été remarquable par la netteté de l'expression et la précision des données. Les trois méthodes générales d'amputation, a dit M. Lenoir, sont applicables aux amputations dans la contiguité: la méthode circulaire, la méthode à lambeaux et la méthode ovalaire. Ces trois méthodes ont été exposées par le candidat de la manière la plus satisfaisante. Sans connaître M. Lenoir, on s'aperçoit, à l'entendre, qu'il est dès long-temps rompu à l'enseignement, cet art si difficile de communiquer aux autres les choses que l'on sait. L'heure est arrivée au moment où M. Lenoir allait sans doute aborder la partie la plus importante de son sujet, savoir le parallèle entre les amputations dans la contiguité et celles dans la continuité, c'est-à-dire la question de la valeur même des amputations dans la contiguité. Il y a une variété d'opérations dans lesquelles on fait tout à-la-fois une amputation dans la contiguité et une amputation dans la continuité; telle est la désarticulation tibio-tarsienne avec ablation des malléoles. Il eût été bon que M. Lenoir se rappelât ces sortes d'amputations mixtes. Nous aurions eu ainsi son sentiment sur l'opération de M. Baudens. Quoi qu'il en soit, M. Lenoir méritait d'être applaudi, et les applaudissemens ne lui ont pas manqué.

M. Sédillot. *Du trépan en général.*

Nous établissons tout d'abord que, pas une des questions échues n'a été plus largement envisagée, plus complètement traitée que celle du trépan en général. Cela posé, nous allons, sans autre préambule, démontrer notre proposition par l'exacte analyse de la leçon de M. Sédillot. Le trépan consiste à perforer un os au moyen d'instrumens spéciaux. Après cette définition, succinte et précise, M. Sédillot a rapidement indiqué l'ordre qu'il allait suivre. Nous avons applaudi à cette façon de mettre, pour ainsi dire, entre les mains des auditeurs, le fil destiné à les conduire à travers la question. Il y a, dans cette manière de procéder, avantage pour le candidat et pour l'auditoire : l'un y gagne de montrer qu'il est tout-à-fait maître de son sujet, et de faire ressortir, en commençant, l'importance de la question; l'autre de savoir toujours où il en est et où on le mène.

L'historique a d'abord occupé M. Sédillot. Les anciens, depuis Hippocrate jusqu'à Paul d'Egine, dernier représentant de la chirurgie grecque; les Arabes, et à leur tête, Albucasis; les Arabistes, et, parmi eux surtout, Guy de Chauliac, leur chef, ont été successivement évoqués. Sont venus ensuite J.-L. Petit, l'ardent propagateur du trépan, et l'académie qu'il entraîna. J.-L. Petit fut le chef d'une école qui devait nécessairement par son exagé-

ration, produire une école réactionnaire, qui fut celle de Desault. M. Gama, parmi nous, est le continuateur fervent et éclairé de cette dernière, exagérée dans un sens comme celle de J.-L. Petit l'était dans le sens contraire. M. Velpeau s'est placé à la tête d'une troisième école, école intermédiaire, éclectique, qui, toutefois, tend plutôt vers les idées de J.-L. Petit que vers celles de Desault. Voilà, en un rapide aperçu, les importantes considérations historiques, que M. Sédillot a développées, et qui ont été écoutées avec le plus grand intérêt.

M. Sédillot a examiné ensuite la vaste et difficile question des indications du trépan, indications qu'il a exposées avec une netteté et un ordre que nous ne saurions assez louer. Il a dû nécessairement, dans cette partie de sa leçon, scindre sa question, et considérer isolement les indications du trépan de la tête et celles du trépan appliqué aux autres parties du corps.

1° *Trépan de la tête.* Les indications qui s'y rapportent ont été divisées en quatre classes par M. Sédillot. Première classe : Corps étrangers solides. Deuxième classe : Corps étrangers liquides ou épanchemens. Troisième classe : Lésions traumatiques ou organiques, soit des os, soit des méninges. Quatrième classe : Diverses affections appartenant à la pathologie interne.

La première classe, celle des corps étrangers, a dit M. Sédillot, peut elle-même se subdiviser en trois autres, selon que le corps étranger est incrusté dans les os, situé derrière eux, ou qu'enfin il est perdu dans l'intérieur du crâne. M. Sédillot ne pense pas, relativement au premier cas, qu'il faille s'en rapporter à quelques exemples de balles restées enclavées dans les os du crâne, sans inconvéniens; l'indication est précise : il faut enlever le corps étranger, et l'enlever avec le trépan si les autres moyens ne suffisent pas. A plus forte raison le faut-il, lorsque le corps étranger a dépassé les os. Le candidat a cité, à ce sujet, la belle observation de M. Larrey, dans laquelle on voit que par l'enlèvement d'un projectile du poids de 200 grammes qui comprimait le cerveau, chez un soldat russe, notre illustre chirurgien rétablit immédiatement les fonctions presque suspendues. Quant aux corps étrangers perdus dans l'intérieur du crâne, il est évident que la mort étant inévitable, si le projectile est laissé dans l'encéphale, il faut toujours essayer de les extraire. M. Larrey s'est bien trouvé encore d'avoir osé poursuivre un corps étranger jusque dans le crâne, où il l'atteignit au moyen d'une sonde en gomme élastique à l'endroit opposé à son entrée. Le trépan fut appliqué là, et le blessé sauvé. Dans un cas où une balle était resté dans le cerveau, M. Sédillot introduisit une sonde à travers la plaie, espé-

rant trouver le corps étranger assez près de l'extérieur pour l'extraire. Le cerveau était revenu sur lui-même; après être parvenu à une certaine profondeur, le chirurgien dut s'arrêter. Le blessé mourut. M. Sédillot s'était surtout déterminé à cause d'un fait dont il avait été témoin et dans lequel une balle n'ayant pénétré qu'à une assez petite profondeur dans le cerveau avait fait périr le malade. M. Sédillot s'était dit que si on avait recherché le corps étranger, peut-être on aurait sauvé le blessé. Ce qui a surtout, dans cette partie de la question impressionné l'auditoire, ç'a été l'énumération des faits appartenant en propre à M. Sédillot, faits qui se sont présentés à lui pendant la campagne de Pologne, lors de la dernière campagne de Constantine, ou à la suite des différens combats dont Paris a été le théâtre durant ces dix dernières années.

A propos de la deuxième classe d'indications, celle qui est formée par les épanchemens, M. Sédillot ne s'est pas caché que le diagnostic de la compression cérébrale était fort difficile. Les choses, a-t-il dit, ne se présentent pas toujours aussi nettement qu'on pourrait le croire d'après la fameuse distinction de J.-L. Petit. Toutefois il y a quelques cas dans lesquels les symptômes sont assez précis, et dans les autres, la gravité extrême du pronostic autorise le plus souvent la hardiesse des tentatives. Du reste, les divers signes à l'aide desquels on peut distinguer entre elles la commotion, la compression et l'inflammation du cerveau, ont été parfaitement analysés par M. Sédillot.

La troisième classe comprend : les fractures, qui ne sauraient être des indications de trépan quand elles sont simples, mais qui le deviennent quand elles se compliquent d'esquilles enfoncées ; l'enfoncement simple ; la séparation d'une portion de la table interne des os du crâne; la nécrose ; la carie; les exostoses; les cancers ; les tubercules ; les hydatides ; enfin, les fongus de la dure-mère. On le voit, pour ne pas donner à cette analyse une trop grande étendue, nous sommes forcé, bien à regret, de nous borner à la plus rapide indication. Il nous faudrait de nombreuses pages pour citer avec quelques détails les faits innombrables que M. Sédillot a rattachés aux indications.

Reste la quatrième classe des indications du trépan du crâne. On a proposé et pratiqué cette opération dans l'épilepsie essentielle, dans les céphalalgies très opiniâtres : on a même pensé qu'elle serait peut-être applicable à l'encéphalite et à l'apoplexie. Il faut rappeler de telles idées, quand on veut être complet, mais il faut les condamner sans ménagement, et plus rigoureusement que, sans doute par bienveillance, n'a voulu le faire M. Sédillot.

Nous arrivons à la deuxième grande division, aux indications fournies par les autres parties du corps. Ici, M. Sédillot a passé successivement et rapidement en revue tous les os sur lesquelles le trépan a été ou peut être appliqué. Ainsi, on a trépané l'apophyse mastoïde, soit pour donner issue à du pus, soit pour frayer un passage à l'air, dans des cas de surdité; le sinus frontal pour des hydatides (Langenbeck, 1818), pour un polype (Hoffmann, 1819); le sinus maxillaire, dans lequel peuvent s'être logés des projectiles (Ravaton), des dents déviées (Dubois); dans lequel peuvent aussi se développer des polypes, des kystes osseux, le cancer, la carie, la nécrose, un abcès, une hydropisie; les vertèbres (Cline, Thyrrel, Barton); le sternum; les côtes (Hippocrate trépanait une côte pour faire l'empyéme); l'omoplate; les os iliaques; le fémur; le tibia; le péroné; l'humérus.

Après avoir déroulé le tableau des indications, M. Sédillot a décrit les appareils instrumental et à pansement, après quoi il a exposé le manuel opératoire dans la description duquel nous ne le suivrons pas, ce manuel étant très simple et connu de tous. M. Sédillot a indiqué ensuite le mode de réparation des os trépanés, et a terminé par quelques considérations générales sur le parallèle entre le trépan et les résections.

Nous n'avons pu qu'indiquer très sommairement le cadre étendu que M. Sédillot a si bien rempli. C'en est assez, toutefois, pour que la proposition établie au commencement de cet article soit justifiée. M. Sédillot a beaucoup étudié, beaucoup vu, et beaucoup agi. Il a pu s'instruire en servant son pays dans de glorieuses circonstances. Il a l'esprit droit, la parole simple et facile. Sa manière de présenter les choses est remarquable par la lucidité. Aussi est-il apprécié des élèves; M. Sédillot n'en est pas à faire ses preuves comme professeur. Il y a bientôt dix ans qu'il enseigne avec distinction dans le premier hôpital militaire de France. Inutile de dire qu'il a été vivement et unanimement applaudi.

M. SANSON (Aphonse). *Des résections dans la continuité.*

M. Sanson a d'abord étudié les indications des résections, après quoi il s'est livré à une longue et lente énumération des différens points sur lesquels on les a pratiquées, sans en excepter un seul. Cela fait, le candidat a donné une description détaillée et précise des scies qui servent à ces opérations. Enfin, il a abordé le manuel opératoire, qu'il a divisé en trois temps; 1° incision de la peau et ouverture de l'articulation; 2° section de l'os; 3° pansement, D'une manière générale, a dit M. Sanson, les résections sont des opé-

rations malheureuses, et la plupart des chirurgiens y ont renoncé. Nous pensons, au contraire, que peu de chirurgiens accepteront le jugement de M. Sanson. Pour notre compte, nous admettons la proposition suivante de l'un des compétiteurs de M. Sanson : « Ces opérations offrent à l'art des ressources brillantes et précieuses, et sont, dans beaucoup de cas, l'unique moyen de sauver un membre et quelquefois même la vie. » (Sédillot, *Traité de Méd. opér.*)

De même que M. Chassaignac avait fait rentrer l'ablation du maxillaire supérieur dans les résections, M. Sanson y a fait rentrer l'ablation des métacarpiens et métatarsiens. Est-ce bien rationnel? Selon nous, une ablation de métacarpien est une opération intermédiaire qui n'est ni une résection, ni une amputation. Nous n'ignorons pas que la plupart des auteurs comprennent les opérations dont il s'agit dans le cadre des résections; ce n'en est pas moins, à notre avis, une inexactitude. Au moins faudrait-il s'expliquer. Tout ce qui touche à la nomenclature chirurgicale est important. Mais qu'avons-nous dit : existe-t-il une nomenclature chirurgicale? N'est-il pas vrai, au contraire, que la chirurgie n'a pas encore une langue bien faite, de sorte que, d'après l'idée d'un philosophe, elle ne serait pas encore une science? L'édifice est à reprendre en entier, à reconstruire, à étiqueter. Ce ne sont pas les matériaux qui manquent. Les mémoires surabondent. Chacun se montre jaloux de fouiller pour son compte un petit coin du vaste champ déjà fouillé mille fois dans tous les sens. On produit; personne ne classe. Il nous faudrait moins de fécondité et plus de coordination. Revenons à M. Sanson. Nous lui prédisons qu'il aura toujours assez de matière pour remplir une leçon, tant il a de mesure et de pacifique lenteur dans le débit. Deux candidats, M. Chassaignac et M. Sanson, ont eu à parler des résections; ni l'un ni l'autre n'ont fait mention de l'ingénieux moyen imaginé par M. Vidal, pour faciliter la séparation du fragment qu'il s'agit de réséquer, moyen qui consiste dans l'implantation préalable d'un tire-fond dans ce fragment, et que l'auteur du procédé a déjà plusieurs fois employé avec avantage.

M. Vidal (de Cassis). *Des opérations que nécessitent les abcès.*

La position de M. Vidal dans ce journal ne nous permettra pas d'être à son égard aussi juste qu'il nous eût été agréable de l'être. Heureusement, sa leçon, que nous allons fidèlement résumer, parlera pour nous, et mettra le lecteur à même d'apprécier la valeur d'un candidat dont des travaux importans et

surtout un vaste ouvrage, tableau de la chirurgie au dix-neuvième siècle, ont fait connaître l'instruction approfondie, le sens pratique, et l'esprit philosophique.

On appelle abcès toute collection de pus formée dans l'épaisseur de nos parties. M. Vidal a accepté cette définition, ainsi que l'antique distinction des abcès, en chauds, froids et par congestion ou symptomatiques. Il a eu soin de distinguer les abcès des épanchemens purulens; après quoi, il est entré dans le vif de la question, et a étudié d'une manière générale les moyens propres à ouvrir les abcès. Ces moyens sont : l'incision pure et simple, les caustiques, l'incision en deux temps, les incisions multiples et le trépan. Ce dernier ayant été l'objet d'une leçon spéciale, M. Vidal a déclaré qu'il se contentait de l'indiquer.

La manière d'ouvrir les abcès par l'incision simple, les mesures à prendre pour empêcher le recollement des lèvres de la plaie, les précautions propres à faire éviter les troncs vasculaires et les cordons nerveux, en un mot tout ce qui se rapporte à l'ouverture des abcès au moyen de l'incision simple a été exposé par M. Vidal avec une précision et un soin particuliers.

Les caustiques dont on peut faire usage pour ouvrir les collections purulentes diffèrent: ce sont les cautères potentiels, employés par tant de praticiens dans le cas de bubon, et le cautère actuel. Celui-ci n'est ordinairement qu'un stylet rougi à blanc que l'on introduit dans l'abcès, et dont quelques chirurgiens font suivre immédiatement l'emploi de l'application d'une ventouse. M. Vidal a indiqué la manière d'appliquer la potasse caustique, et la pâte de Vienne, caustique plus prompt et plus commode, mais qui demande à être surveillé.

M. Vidal croit un grand avenir aux incisions en deux temps. On divise les couches les plus superficielles de la tumeur, et on arrête là l'opération. Un ou deux jours après, le chirurgien achève d'inciser les parties jusqu'à l'abcès, si déjà celui-ci ne s'est ouvert par suite de l'ulcération de ses parois. Ce moyen est excellent quand il s'agit d'abcès abdominaux, par exemple; la première incision a pour effet de déterminer la formation d'adhérences autour de la collection purulente, adhérences qui empêchent que le pus ne se répande dans l'abdomen.

Les incisions multiples ont aussi un grand avantage dans certains cas. M. Vidal les a quelquefois pratiquées avec le scarificateur. Par ce procédé toutes les incisions sont faites en même temps, et la douleur produite est beaucoup moindre que si on avait fait les incisions successivement. On peut

obtenir, non plus des incisions, mais des ouvertures multiples, par l'emploi local du sublimé, comme nous l'avons indiqué dans notre mémoire sur le bubon.

Après avoir étudié ainsi d'une manière générale les moyens propres à ouvrir les abcès, M. Vidal a appliqué ces divers moyens au traitement de chaque espèce d'abcès en particulier. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer ce qu'il y a de logique dans cet ordre suivi par le candidat. Au sujet des différens abcès, M. Vidal a commencé par se demander s'il fallait les ouvrir.

Faut-il ouvrir les abcès chauds? Cette question était à peine nécessaire. Il y a de ces abcès, toutefois, que l'on peut à volonté ouvrir ou laisser s'ouvrir spontanément. Ici a été repris ce qui avait été dit sur l'incision, moyen général d'ouverture dans ces sortes d'abcès, avec des considérations nouvelles sur le lieu où doit porter l'incision; par exemple, dans les abcès des joues, il faut, autant que possible, faire l'incision en dedans de la bouche. Deux mots ont été dits sur le pansement à la suite de l'ouverture des abcès chauds. M. Vidal, d'accord avec tous les chirurgiens modernes, a blâmé cette habitude qu'avaient nos devanciers de déchirer, à l'aide du doigt introduit dans le foyer, les brides qui s'étendent entre les parois.

Faut-il ouvrir les abcès froids? Oui encore, a répondu M. Vidal, qui, toutefois, a fait remarquer, avec juste raison, que le pus de ces abcès, tout enkystés qu'ils sont, peut se résorber sous l'influence de divers moyens, et notamment des vésicatoires, comme nous en avons vu, récemment encore, un bel exemple sur une jeune personne.

Est venu ensuite le tour des abcès par congestion. Ici M. Vidal a répondu à la question précitée: Non, *il* ne faut pas ouvrir ces abcès. J'ai toujours vu, a-t-il dit, que leur ouverture avait précipité la fin des blessés. Nous aussi, nous redoutons cette ouverture; mais cependant nous ne pouvons admettre la conclusion de notre habile collaborateur. Nous avons observé des cas où la vie a été, au contraire, prolongée par l'ouverture d'abcès symptomatiques, qui faisaient assez souffrir les malades pour que ceux-ci réclamassent l'opération. Parmi ces faits nous pourrions citer plus particulièrement celui d'un jeune enfant dont la colonne vertébrale était tout-à-fait gibbeuse, et qui survécut trois ans à l'ouverture de l'abcès; une fistule s'était établie et donnait issue constamment à une petite quantité de pus sanieux. Nous ne voulons pas dire assurément qu'il faille ouvrir les abcès par congestion; nous disons seulement que quelquefois on est obligé de les

ouvrir. Dans tous les cas, il faut, à l'exemple de M. le baron Larrey, employer les moyens propres à arrêter l'affection osseuse; car c'est là qu'est la maladie. Le moxa est le moyen, par excellence : on ne doit pas craindre d'en multiplier l'application. Le célèbre chirurgien que nous venons de citer lui doit de belles guérisons. Celui qui, un abcès par congestion étant donné, se bornerait à l'ouvrir, sans mettre en usage les moyens dont il vient d'être parlé, serait inexcusable. Nous avons lu dernièrement, dans la *Gazette des Médecins praticiens*, une sorte d'article nécrologique composé d'une foule d'observations qui, à-peu-près toutes, pouvaient se réduire à ceci : Un tel est entré à l'hôpital avec un abcès par congestion; on s'est hâté d'ouvrir la tumeur, et le malade est mort sans beaucoup de retard. Certes, il y aurait là de quoi faire renoncer pour toujours à l'ouverture des abcès par congestion; mais en suivant les règles indiquées plus haut, il s'en faut que l'on soit aussi assuré de tuer son malade, et on peut, au contraire, le sauver. Bien entendu que, dans les cas où l'ouverture n'est pas absolument nécessaire, il faut oublier l'abcès pour ne s'occuper que de la maladie principale. Les divers moyens indiqués par les auteurs, y compris l'incision sous-cutanée de M. Guérin, ont été exposés par M. Vidal avec la plus satisfaisante lucidité. M. Vidal s'occupait des modifications à apporter au traitement, selon les parties où siègent les abcès, lorsque l'heure est sonnée. Ajoutons qu'il avait eu le temps d'insister convenablement sur les contre-ouvertures, l'excision, la cautérisation, dans les cas de clapier, de décollement, etc.; en un mot, sur le traitement ultérieur des abcès.

La leçon que nous venons d'analyser présentait des difficultés; elle exigeait de solides connaissances pratiques et des connaissances théoriques. Le sujet était neuf, à cause de la manière dont il était présenté. Le cadre était à faire..... Nous allions conclure, mais nous avons promis de rester neutre entre le candidat et le lecteur. Que le lecteur achève donc pour nous. M. Vidal n'a rien à craindre de son jugement.

M. Laugier. *Des amputations dans la continuité.*

Nous éprouvons un grand embarras à l'égard de M. Laugier. Ce candidat avait une heure pour traiter des amputations dans la continuité; il a parlé pendant cinquante-sept minutes des cas d'amputation, et, pendant trois minutes, de son sujet. Il y a là quelque chose qui nous étonne profondément et nous confond de la part d'un esprit aussi judicieux. Evidemment, et nous n'avons même pas besoin de le dire, l'exposé des cas qui requièrent l'amputa-

tion est une question de généralités qu'il n'eût fallu aborder que si l'on avait eu à parler des amputations en général. Même dans ce cas, d'ailleurs, c'eût été une faute énorme que d'avoir laissé les indications absorber toute la leçon. A cette faute dans la circonstance présente, se joint celle d'avoir changé complètement les termes de la question donnée par le jury. M. Laugier a dit certainement des choses fort intéressantes; mais, comme, en définitive, il a traité un tout autre sujet que celui qui lui était échu, nous n'avons pas à analyser sa leçon. M. Laugier a commencé par exprimer l'idée qu'il lui était impossible de remplir son temps sans aller, à côté de la question, chercher d'autres élémens. Nous avons une beaucoup meilleure opinion que lui de son instruction chirurgicale. L'homme qui ne pourrait parler pendant une heure sur les amputations dans la continuité serait bien audacieux de se présenter à un concours pour une chaire de médecine opératoire.

M. Malgaigne. *De la cautérisation.*

Nous n'essaierons pas de dissimuler l'impression que nous a fait éprouver la leçon de M. Malgaigne. Doué d'une originalité vigoureuse, animé parfois d'une véritable éloquence, ce candidat, dès les premiers mots qu'il prononce, s'empare violemment de son auditoire, et le suspend, en quelque sorte, à ses paroles. M. Malgaigne, que l'Ecole pratique compte aussi au nombre de ses professeurs les plus notables, a le don précieux d'attacher les élèves aux sujets qu'il leur enseigne, par l'intérêt puissant qu'il répand sur les questions qu'il envisage. Il possède, en outre, une éminente faculté critique, dont il communique quelque chose à ceux qui l'écoutent, et ce n'est pas un des moindres services qu'un professeur puisse rendre à ses élèves. Il est bon que les jeunes esprits s'habituent à discuter les opinions et les doctrines qui leur sont transmises. Le jour où l'on a pu se dire que l'on ne comprenait pas une chose, parce que cette chose était fausse, on a fait un grand pas. Toutefois, le droit de discussion ne doit pas aller jusqu'à l'insubordination. Il faut respecter ce qui vient des maîtres, que ce soit dit ou que ce soit écrit, et ne jamais se prononcer hâtivement contre leurs idées. L'habitude de tout nier du premier coup-d'œil, est aussi funeste que celle de tout admettre sans contrôle.

Dès les premiers pas dans la question, a dit M. Malgaigne, on est frappé de cette idée que la cautérisation semble tenir une place beaucoup plus grande dans la thérapeutique des anciens que dans la nôtre. Si, toutefois, les anciens employaient le feu plus souvent que nous, la chimie a doté la théra-

peutique moderne d'agens désorganisateurs, qui mettent l'avantage de notre côté en ce qui touche la plus fréquente application de la cautérisation ; assertion dont nous laissons la responsabilité à M. Malgaigne. Résumer ici les vastes considérations historiques auxquelles ce candidat s'est livré, est chose absolument impossible. Les noms, les faits, les idées se succédaient avec une telle rapidité, il y avait tant d'éclat dans cette exposition que, pour un instant, nous avons oublié notre rôle de critique. Cette érudition vaste et pompeuse est chose qui doit peu surprendre. L'auteur de l'introduction à la nouvelle édition des œuvres de Paré a sa place parmi les plus savans et les plus diserts de notre science.

Après avoir posé la distinction des cautères en *actuels* et en *potentiels*, M. Malgaigne s'est occupé de ceux-ci, qui sont, a-t-il dit, pulvérulens, liquides, mous ou solides. Parmi les pulvérulens, il n'en a cité qu'un, l'alun. La solution de nitrate d'argent, les acides nitrique et sulfurique, le nitrate acide de mercure, l'eau régale parmi les caustiques liquides ; la pommade ammoniacale, la pâte de Canquoin, parmi les caustiques mous ; le nitrate d'argent, la potasse caustique, parmi les caustiques solides, ont été étudiés successivement, par M. Malgaigne, dans leur composition et leur mode d'application. A propos de la plupart de ces agens, il a rappelé certains faits historiques fort piquans, et, entre autres, l'histoire du caustique de Paré, que notre bon chirurgien avait acheté à un philosophe ou alchimiste, moyennant la quantité de velours nécessaire à la confection d'une culotte.

Après avoir parlé des caustiques, M. Malgaigne a exposé ce qui a rapport aux cautères actuels, qu'il voudrait voir réduits à trois, l'olivaire, le cutellaire et le nummulaire. La question du métal dont il faut les fabriquer avait été préalablement examinée. C'est le fer qui doit être choisi. Aux cautères proprement dits, il faut joindre les moxas, qui, à leur tour, ont été le sujet d'une digression historique très intéressante. Les divers degrés de chaleur des cautères et les considérations qui s'y rattachent, leurs diverses manières d'agir et les distinctions qui en ressortent ont occupé ensuite le candidat, qui a insisté sur la cautérisation objective à laquelle il attribue une grande valeur dans certains cas.

De ces considérations, M. Malgaigne est passé à l'étude des effets produits 1° par les caustiques ; 2° par le cautère actuel, suivant qu'ils sont appliqués sur la peau, les muqueuses, ou les parties dénudées. Enfin, il a terminé par l'exposé des cas qui indiquent la cautérisation.

Sans aucun doute, la leçon que nous venons d'analyser n'a pas été com-

plète, et il y aurait bien ici une guerre de détails à faire avec avantage; mais il nous semble que M. Malgaigne a assez grandement envisagé son sujet pour que nous devions nous défendre de ces escarmouches. M. Malgaigne a des qualités remarquables et des allures tranchées qui le font diversement apprécier. Quant à nous, nous ne voyons dans la science que la science; nous aimons la vérité, nous la recherchons, et nous la disons sous notre responsabilité.

MARCHAL (de Calvi).

BIBLIOGRAPHIE.

PRACTICAL REMARKS ON THE DISCRIMINATION AND APPEARANCES OF SURGICAL DISEASES. *Remarques pratiques sur la distinction et les formes des maladies chirurgicales* par John Howship, chirurgien de l'hôpital de *Charing Cross*. London, 1840, in-8, de XIX et 420 pages.

D'après ce titre on était en droit de s'attendre à trouver dans ce livre une série de propositions, de principes, de règles ou d'indications bonnes à guider le jeune chirurgien dans l'étude clinique des maladies chirurgicales ; on devait penser que ces règles ou principes basés sur des observations détaillées indiqueraient les circonstances dans lesquelles il y a possibilité de commettre des erreurs de diagnostic, et les cas où il a été difficile ou même impossible d'établir un diagnostic certain; on devait penser que, s'emparant de son sujet et mettant en relief l'importance qu'on doit attacher à une telle certitude, l'auteur donnerait la raison des erreurs commises et le moyen de les éviter. Telle n'est pas la marche suivie par M. Howship. Malgré l'énoncé de sa préface dans laquelle l'auteur donne son livre comme un guide à suivre, pour distinguer les maladies chirurgicales et en former un jugement assuré, nous n'y rencontrons qu'une énumération d'un certain nombre de faits, sans doute intéressans, mais rapportés avec un peu trop de parcimonie, et même sans date; ces faits, ainsi détachés, sans liaison entre eux, et sans appuyer aucune conséquence clinique, donnent au livre de M. Howship une valeur moindre que le titre de cet ouvrage ne semblait le promet-

même elle éprouva une sensation douloureuse qui s'étendit par tout le corps jusqu'aux extrémités des membres. Une heure après, elle se plaignait de douleur très forte dans le cou ; perte de connaissance; elle peut remuer les membres... Saignée et frictions à la partie postérieure du cou dans l'endroit qu'on présumait être le plus affecté; le pouls donne soixante pulsations pendant la journée; la sensibilité des membres diminue. La malade n'urine pas, et le cathétérisme fait voir que sa vessie est pleine de liquide; la vessie et le rectum ne se contractent pas.

Le lendemain, le moindre effort dans le cou détermine des douleurs très vives.

La sensibilité des extrémités diminue d'abord; ensuite celle du ventre et du thorax ; les muscles servant à la respiration agissent par saccades. La respiration se fait de plus en plus par le diaphragme; la malade meurt trois jours après.

Autopsie : les 5e et 6e vertèbres sont presques séparées; la cinquième a exécuté un mouvement de rotation de façon que l'apophyse articulaire droite se trouve placée en avant du corps de la sixième vertèbre; le côté gauche de la vertèbre est séparé mais non déplacé; la substance intervertébrale est déchirée et séparée, il y a du sang épanché jusqu'au sacrum, dans l'épaisseur du tissu cellullaire intermusculaire.

On doit regretter, nous ne pouvons nous empêcher de le répéter, que M. Howship n'ait pas jugé convenable de donner plus d'extension aux observations qu'il rapporte. En le faisant, il aurait publié un livre qui serait consulté avec fruit par ceux qui cherchent des matériaux convenables pour élucider un point quelconque de chirurgie. GIRALDÈS. D. M. P.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRE SUR LA SECTION SOUS-CUTANÉE des muscles pronateurs et des muscles fléchisseurs de la main et des doigts.

Par Pierre Doubovitski, docteur en médecine et en chirurgie, professeur ordinaire de pathologie externe à l'Académie Impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.

J'ai écrit ce mémoire à l'occasion d'une observation faite sur moi-même. M'étant fracturé l'extrémité inférieure de l'humérus, je fus traité par le bandage inamovible, et affecté consécutivement d'une rétraction de plusieurs muscles de l'avant-bras; cette rétraction nécessita vingt-neuf sections de tendons et de muscles. Mon observation me paraît intéressante sous plusieurs rapports, mais principalement sous celui de la ténotomie, qu'on a appliquée au traitement des difformités, et en particulier, récemment, à la guérison du strabisme. On parle maintenant de centaines de sections de muscles des yeux, et quelques chirurgiens affirment qu'ils réussissent toujours. Ces succès seraient vraiment merveilleux. Le temps fera apprécier le degré de justesse de ces assertions; jusqu'ici peut-être est-il difficile de comprendre qu'on puisse guérir constamment par une méthode, quelque parfaite qu'elle soit, une infirmité dont les causes, la durée et l'intensité sont très variables. Sans douter aucunement de la bonne foi de qui que ce soit, je dirai seulement qu'on peut

très facilement s'abuser soi-même. Serait-il juste, par exemple, de donner pour complètement guéris tous les malades opérés du cancer, et sortis comme tels des hôpitaux? Pour proclamer une guérison, il faut suivre assez long-temps le malade, et s'assurer que cette guérison est permanente. Il serait à désirer que les personnes qui ont l'occasion de pratiquer des centaines d'opérations, fissent connaître, avec toute franchise, les cas dans lesquels ils ont réussi complètement; ceux dans lesquels ils n'ont fait qu'améliorer l'état de leurs malades; ceux, enfin, dans lesquels ils ont complètement échoué. Je ferai observer, en passant, que, dans le strabisme convergent prononcé, quoique d'un seul œil, il faut couper toujours les muscles droits internes des deux yeux; si l'on se bornait à ne couper que le muscle du côté malade, on réussirait rarement. De plus, il faut couper les deux muscles à-la-fois, sans attendre la cicatrisation d'un muscle pour procéder à la section de l'autre.

Comme il a été dit peu de chose d'important sur les rétractions des muscles du bras, je décrirai quelques-unes d'entre elles. Mon mémoire se composera de deux parties : dans la première, se trouvera l'histoire de ma maladie; la seconde contiendra quelques réflexions sur les rétractions des muscles fléchisseurs de la main, fléchisseurs des doigts, et pronateurs de la main. Je tâcherai de démontrer, ce qu'on peut faire dans l'état actuel de la science pour la guérison de ces rétractions; ce qu'il faut faire, et ce qu'il ne faut point faire; car on doit savoir agir, mais on doit savoir aussi s'arrêter. Loin de moi toute partialité; la vérité, rien que la vérité.

OBSERVATION.

— Le 3 janvier 1839, voulant prendre un livre dans

ma bibliothèque, je montai sur une échelle de la hauteur de deux mètres environ; arrivé au sommet, je me sentis faire un faux pas; mon pied ne trouvant pas de résistance, je voulus, par un mouvement instinctif, garder l'équilibre en me redressant; mais je tombai à la renverse, et mon coude gauche porta avec force contre le tranchant du bord de l'échelle. La douleur était très forte dans le coude, la sensibilité dans la main et l'avant-bras gauche était à-peu-près complètement perdue; je fus obligé d'aller trouver, pour ainsi dire, la main malade avec la main droite, et de la soulever. M'étant relevé, j'atteignis mon lit, j'explorai mon bras, et je constatai une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus dans l'articulation même. La fracture était transversale, passant par le milieu du condyle externe jusqu'au condyle interne, qui était, en outre, fracturé en sens inverse, c'est-à-dire, dans le sens longitudinal, et n'était retenu que par les ligamens.

Deux heures après l'accident, on m'appliqua un bandage amidonné inamovible, commençant près du poignet, et se terminant près de l'épaule. L'avant-bras était placé en demi-flexion sur le bras, et le poignet dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. La sensibilité se rétablit bientôt complètement dans le poignet et les doigts; mais ce ne fut pas pour long-temps, car le bandage amidonné qui n'était pas appliqué sur le poignet et les doigts, serrait circulairement l'avant-bras, et produisit un tel engourdissement dans le poignet, que toute sensibilité s'y perdit, ainsi que dans les doigts. Ces parties ne tardèrent pas à se tuméfier, et l'engourdissement me faisait extrêmement souffrir. Pour y remédier, on appliqua un bandage fortement serré sur le poignet et les doigts, bandage qu'on renouvelait à me-

sure qu'il se relâchait; malgré cela l'engourdissement, l'insensibilité et la tuméfaction persistèrent pendant tout le temps de l'application du bandage amidonné; et même il se forma de larges phlyctènes bulleuses, qui, après s'être rompues, fournissaient abondamment un liquide séreux, semblable à celui que fournissent les phlyctènes produites par un vésicatoire. Le bandage amidonné, étant trop fortement serré sur l'avant-bras, causait de très vives douleurs dans cette partie, surtout vers la moitié inférieure et dans les couches des muscles fléchisseurs; mais la sensibilité n'était pas perdue dans l'avant-bras. Malgré tous ces accidens et malgré mon désir d'ôter le bandage inamovible, on ne s'y décida pas, tranquillisé par l'absence complète de douleur dans l'articulation fracturée, et retenu par la fausse crainte, de produire une inflammation dans l'articulation malade par quelques mouvemens, qui auraient pu être exercés, en ôtant le bandage; on se contenta d'un traitement antiphlogistique, d'autant plus nécessaire, que j'ai une constitution forte et robuste; on me donna des laxatifs, et l'on pratiqua deux saignées.

Le bandage fut levé le vingt-cinquième jour. La fracture se trouva consolidée au moyen d'un cal très considérable; l'articulation huméro-cubitale était complètement raide; les mouvemens volontaires de l'avant-bras sur le bras étaient presque perdus, et c'est à peine si des efforts étrangers pouvaient produire quelques mouvemens dans cette articulation. Les muscles fléchisseurs du poignet et des doigts étaient indurés à un tel degré, que ces muscles, leurs tendons et le tissu cellulaire sous-cutané n'offraient qu'une masse dure et comme cartilagineuse, dans laquelle on ne pouvait distinguer aucune partie; il était même impossible de former un pli

avec la peau, qui recouvrait les parties indurées. L'avant-bras ayant été plus fortement serré au milieu, il y avait dans cet endroit un petit ulcère superficiel; il y avait encore quelques ulcérations sur le poignet et au niveau de l'articulation du poignet avec le bras. Le poignet et les doigts étaient complètement paralysés; il y avait absence totale de la sensibilité et du mouvement; le poignet était froid, œdémateux, et la pression avec le doigt y produisait une dépression. Le poignet et les doigts étaient dans une position droite; on pouvait fléchir le poignet sur l'avant-bras, mais l'extension complète était impossible; les doigts étaient raides et sans aucun mouvement.

Il est évident que la cause de ces accidens était le bandage amidonné, trop fortement serré, appliqué trop tôt, c'est-à-dire avant la disparition des premiers accidens inflammatoires. Ce qu'il y eut encore de plus désavantageux, c'est que, d'une part, le poignet ne fut pas compris dans le bandage; et de l'autre, que la pression qu'il exerçait, loin d'être uniforme sur tout l'avant-bras, était plus forte au milieu, et produisait un étranglement circulaire, dont il reste encore des traces, consistant dans une dépression.

A cette occasion on peut dire, que la méthode de traitement des fractures par le bandage inamovible, mise en usage général depuis peu d'années, a été déjà une cause de beaucoup d'accidens, plus ou moins graves et funestes, dans des cas où le traitement par les méthodes ordinaires aurait complètement réussi, et mon cas est de ce nombre. S'ensuit-il qu'il faille rejeter les bandages inamovibles? Aucunement; il faut seulement reprocher à quelques chirurgiens d'avoir trop vanté cette méthode et de l'avoir employée indistinctement dans les cas les plus différens. Elle est bonne, même

excellente, si elle est mise en usage dans des conditions favorables, dont voici les principales :

La première, et une des plus essentielles, c'est de n'appliquer le bandage inamovible, que lorsqu'on aura calmé l'inflammation plus ou moins considérable, qui suit les fractures. Agir autrement, enfermer, tout de suite après l'accident, dans un bandage inamovible un membre affecté de très graves lésions, c'est ramener la science au plus grossier empirisme, au lieu de fonder le traitement sur des bases rationnelles. On objectera, que le chirurgien pourra et devra ôter le bandage inamovible, dès que des accidens assez graves viendront se révéler à lui par les souffrances du malade. Il serait trop long de discuter ici cette question, comme l'exigerait son importance ; il suffira de dire, que trop souvent ces accidens ne se révéleront, que lorsqu'on n'aura plus les moyens de les faire disparaître. Le chirurgien doit savoir prévenir les accidens, et ne doit pas se borner à les attendre pour les combattre. Ici, non-seulement il les attend, mais il les produit bien souvent par son traitement irrationnel.

La seconde condition nécessaire pour le traitement des fractures par le bandage inamovible, c'est d'être sûr, que les fragmens sont dans une bonne position ; par conséquent, on devra, dans beaucoup de cas, ôter ce bandage et le réappliquer plusieurs fois pendant le traitement, afin de pouvoir replacer les fragmens, s'ils venaient à se déranger.

La troisième condition est la simplicité des fractures. Toute fracture compliquée doit être réduite à l'état de fracture simple, avant de pouvoir être traitée avec succès et sans danger par l'appareil inamovible.

La quatrième condition est l'existence d'une fracture dans un point, où l'on n'ait pas à craindre la perte des mouve-

mens du membre; par conséquent, beaucoup de fractures dans les articulations contre-indiquent l'usage du bandage inamovible.

La cinquième condition, c'est que la compression par le bandage inamovible soit modérée et uniforme sur tout le membre, et ne produise aucune douleur.

Pour conclusion j'ajoute que c'est un vrai malheur pour la science et l'humanité, que, dans notre époque, d'ailleurs si éclairée, on s'obstine bien souvent à chercher et à prôner des méthodes curatives comme méthodes générales, au lieu de chercher toujours, en ami de la vérité, à démontrer le bon et le mauvais côté de chaque méthode, et à restreindre son usage aux cas dans lesquels elle est indiquée. Quand est-ce qu'on finira d'être exclusif? Mais revenons à l'histoire de ma maladie.

Pour résoudre l'induration dans l'avant-bras, et pour combattre cette paralysie du poignet et des doigts et leur raideur, on employa successivement les moyens les plus divers : les cataplasmes et les bains de toute espèce, soit émolliens, soit narcotiques, soit aromatiques; des bains de vapeur, des douches; des frictions avec l'onguent mercuriel, avec l'onguent ioduré et avec toute sorte d'autres onguens, quantité d'emplâtres; soixante-dix bains animaux, des bains avec des fourmis, etc. Ce ne fut qu'après trois mois de l'usage de ces moyens, que l'induration commença à se résoudre dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis dans le tissu musculaire. La résolution de l'induration procédait très lentement; à mesure que l'induration se résolvait, la paralysie du poignet diminuait, la sensibilité se recouvrait, et les muscles commençaient à agir. La sensibilité se rétablit d'abord dans le quatrième et cinquième doigt, puis dans le pouce, ensuite

dans le troisième doigt; elle commence à se réveiller dans le doigt indicateur, mais les deux dernières phalanges de ce doigt sont encore complètement insensibles. L'induration s'est résolue dans l'ordre suivant : premièrement dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis dans le tissu musculaire, enfin dans les parties tendineuses ; aujourd'hui elle a presque entièrement disparu. La résolution s'est opérée lentement et partiellement ; les muscles, à mesure qu'ils devinrent libres, loin de recouvrer leur action normale, se rétractèrent, pendant que leurs tendons étaient encore retenus par l'induration. La rétraction des muscles préalablement indurés, se fit dans l'ordre suivant : le muscle cubital antérieur fut le premier à se rétracter ; le grand et le petit palmaires, le grand pronateur, les différentes portions des muscles fléchisseurs des doigts se rétractèrent ensuite. Les quatrième et cinquième doigts se rétractèrent les premiers ; le troisième, le doigt indicateur, et le pouce, après eux. Pour combattre la rétraction des muscles et améliorer l'état de la main, je pris les eaux de Tœplitz en bains et en douches ; je pris, en outre, les bains et les boues d'Abano, près de Padoue. J'essayai l'extension mécanique : mais elle n'était d'aucune utilité, car employée faible, elle n'agissait pas ; forte, elle causait de la douleur, et la contracture loin de diminuer, en était augmentée. Enfin, l'usage de l'électro-magnétisme par l'acupuncture ne produisit aucun résultat.

Ayant employé avec beaucoup de persévérance les divers moyens, dont il est fait mention ici, et qu'il serait trop long et superflu d'exposer en détail, je m'adressai pendant mon voyage, que j'entrepris autant dans un but scientifique, que dans l'espoir de me délivrer de mon infirmité, aux plus grandes célébrités chirurgicales de l'Allemagne, de la

France et de l'Angleterre. Les avis étaient partagés ; les uns, comme MM. Rust, Walther de Munich, A. Cooper, Guthrie et autres se prononcèrent formellement contre toute tentative de traitement par la ténotomie, estimant ma maladie incurable, et ne promettant que quelques améliorations par l'effet du temps. Les autres, comme MM. Guérin, Dieffenbach, Graeffe, Ammon, Signoroni, Roux, Velpeau, Amussat, Bouvier, Blandin, etc., me conseillaient la ténotomie des muscles rétractés comme l'unique moyen de me délivrer de mon infirmité; mais je ne voulais avoir recours à ce traitement, qu'après avoir épuisé tous les autres moyens.

Pendant mon séjour à Paris, j'ai suivi quatre mois environ les conférences et les consultations de M. Guérin à l'hôpital des enfans malades, et j'ai vu ce médecin distingué pratiquer, avec une habileté extraordinaire et un succès étonnant, des centaines de sections d'un nombre considérable de muscles ou de tendons, dans les affections et les difformités les plus diverses. Je me suis convaincu, que les procédés de M. Guérin sont les plus parfaits, qu'il les exécute avec une précision et une perfection difficiles à dépasser, et que ses opérations ne sont jamais suivies des moindres accidens. Chez d'autres chirurgiens très distingués d'ailleurs, ces opérations si innocentes dans les mains de M. Guérin, sont suivies quelquefois d'accidens très fâcheux, tels que l'inflammation, les abcès, l'érysipèle, etc., accidens, qui peuvent plus ou moins compromettre, non-seulement le succès des opérations, mais encore la vie des malades pour des infirmités, qui, dans la plupart des cas, ne mettent aucunement leur existence en danger. (1)

(1) Il est facile de comprendre la cause de ces suites même après les

J'ai vu dans le service de M. Guérin, qu'alors même que l'opéré devenait accidentellement malade, la maladie suivait sa marche ordinaire, et les petites plaies, résultant des opérations, guérissaient comme à l'ordinaire; on peut citer, entre autres exemples de ce fait, un petit opéré, chez lequel a été ouverte, par la méthode sous-cutanée, l'articulation du genou, et qui a été pris de la rougeole; un autre opéré a été pris de la petite-vérole.

Enhardi par ces succès et par le traitement rationnel de M. Guérin, traitement fondé sur des vues scientifiques, vastes et nouvelles, je me suis adressé à ce praticien avec une pleine confiance, et il a eu la bonté d'entreprendre le traitement, et de m'encourager par l'espoir d'une guérison, qui me ferait recouvrer l'usage de ma main.

L'état du membre lorsque M. Guérin entreprit son traitement par les opérations, était le suivant : les mouvemens dans l'articulation du coude étaient augmentés de beaucoup, se faisaient assez librement, mais n'étaient pas complets, étant limités par le cal ossifié. Tous les muscles de l'avant-bras, sans exception, agissaient, c'est-à-dire n'étaient pas privés de la faculté de se contracter ; mais il y avait une rétraction permanente dans tous les muscles fléchisseurs du poignet et des doigts. Le raccourcissement était évident dans le muscle cubital antérieur, dans le grand et le petit palmaires, dans le rond pronateur, dans le fléchisseur superficiel des doigts, dans le fléchisseur propre du pouce, et dans l'opposant du pouce ; on ne pouvait que présumer la rétraction du fléchisseur

ténotomies le mieux faites ; elle ne consiste que dans l'introduction de l'air dans ces petites plaies, accident qu'on ne prévient pas généralement avec assez de soin, car quelquefois on n'a même pas la précaution de fermer les piqûres avec du diachylon, immédiatement après l'opération.

profond des doigts. La rétraction de ces divers muscles produisait une pronation permanente extrême, la flexion du poignet sur l'avant-bras, la flexion des deuxièmes et troisièmes phalanges et celle du pouce. L'articulation du poignet avec l'avant-bras paraissait être libre ; les articulations des phalanges des doigts étaient libres également, car en fléchissant fortement le poignet, on pouvait redresser à-peu-près complètement les doigts ; mais les articulations des premières phalanges avec les os métacarpiens, hormis celles du pouce, étaient très raides, principalement celle du quatrième et du cinquième doigt, qui offraient une sorte de subluxation, produite par l'action des extenseurs, comme on le remarque souvent dans le pied-bot. Les muscles extenseurs conservaient la faculté de se contracter ; mais au lieu d'opérer l'extension des doigts, ils produisaient une extension forcée des premières phalanges, et même leur renversement en arrière ; le poignet étant fortement fléchi, et le renversement des premières phalanges étant empêché, les doigts pouvaient s'étendre en partie, autant que le permettait la rétraction permanente des fléchisseurs. L'extension du poignet, quoique très limitée, se faisait aussi, autant que le permettait cette rétraction. La flexion du poignet pouvait se faire jusqu'à son plus haut degré. La flexion des premières phalanges sur les os du métacarpe était impossible, à cause de la raideur de ces articulations et de la subluxation du quatrième et du cinquième doigt en arrière. La flexion volontaire des secondes et des troisièmes phalanges des doigts était possible et le devenait surtout, lorsque le poignet était porté à sa plus grande flexion, les doigts étant alors moins contracturés. La préhension des objets était empêchée par la contracture des doigts ; mais les objets mis entre les

doigts pouvaient être retenus : cette rétention n'était pas purement mécanique et avait lieu par l'action volontaire des fléchisseurs. Ces faits démontrent que tous les muscles agissaient autant que le permettaient les rétractions et qu'ils n'étaient point paralysés.

Je n'en étais pas moins privé de l'usage de ma main, qui présentait d'ailleurs une difformité très apparente. La supination était impossible. La sensibilité était complète dans toute la main, et ne manquait que dans les deux dernières phalanges du doigt indicateur. La température de la main était un peu au-dessous de l'état normal; le bras malade était un peu plus maigre que le bras sain, mais il n'était pas atrophié, et recouvrait de plus en plus sa vitalité.

J'étais décidé depuis long-temps à la section des muscles rétractés; mais M. Guérin ne voulait pas entreprendre ces opérations, trouvant une contre-indication dans un reste de contracture et de paralysie, dont étaient affectés quelques-uns des muscles du bras malade. Il ne s'y décida, qu'après avoir combattu préalablement et éloigné cette complication par des bains, des frictions, des massages, etc. A cette occasion, il faut dire que M. Guérin est bien loin de pratiquer la ténotomie dans tous les cas de raccourcissement des membres, dépendant d'une cause musculaire. Il y a, dans ces maladies, deux périodes dans lesquelles l'opération se trouve contre-indiquée : ce sont les périodes de la contracture aiguë et de la paralysie des muscles. Dans la période de la contracture aiguë, la ténotomie non-seulement ne sert à rien, mais elle est même nuisible; car, la cause morbide existant et agissant encore, il est plus qu'évident que la section du muscle ou du tendon ne peut pas remédier au mal; la contracture doit nécessairement revenir, quelque-

fois même à un degré plus considérable, après la réunion des deux bouts divisés. Quelquefois il est même à craindre, que, dans de pareilles circonstances, l'intervalle entre les deux bouts divisés ne soit trop considérable, pour rendre leur réunion possible. Sans faire une description complète de cette période, il suffit de dire, qu'il est très facile de la reconnaître, parce que les muscles contracturés sont douloureux, et que le malade souffre beaucoup quand on veut les allonger. La maladie est bien souvent curable dans cette période; et j'ai vu dans le service de M. Guérin de très beaux succès de son traitement, qui consiste dans l'emploi de frictions stibiées sur la peau qui recouvre les muscles malades ou celle du voisinage. On continue ces frictions, en donnant quelques jours de relâche, lorsque l'irritation révulsive est trop intense, jusqu'à ce que la douleur dans les muscles contracturés soit dissipée. M. Guérin recommande alors d'imprimer plusieurs fois par jour des extensions saccadées aux muscles contracturés, en les engourdissant par de petits coups secs et répétés avec un ou plusieurs doigts, ou même avec la main entière, selon le nombre et l'étendue des muscles malades. On recouvre le membre avec de la flanelle, et on fait des frictions avec de l'huile camphrée sur les endroits où il n'y a pas de boutons. J'ai vu guérir par ce traitement des torticolis, qui, dans la suite, auraïent exigé la section des muscles rétractés, si on les avait abandonnées à eux-mêmes.

Il arrive bien souvent, qu'il se forme une paralysie plus ou moins complète des antagonistes des muscles rétractés; paralysie qui persiste après la première période, quand les muscles contracturés ont passé à l'état de rétraction permanente; c'est alors la seconde période de la maladie. M. Gué-

rin, avant d'entreprendre la section des muscles rétractés, combat cette paralysie par des frictions, des massages, des douches, des bains, des moxas, etc. Il ne pratique pas l'opération; car d'une part elle serait le plus souvent inutile, le membre ne pouvant pas agir avec des muscles paralysés, et même la contraction des muscles pouvant aisément revenir faute d'action des antagonistes; et d'autre part il guérit quelquefois des contractures peu considérables, en rétablissant l'action des antagonistes paralysés, et évite encore, dans ces cas, la section des muscles. Mais il est nécessaire d'ajouter ici, qu'il faut bien se garder de confondre la paralysie vraie avec la paralysie apparente, c'est-à-dire, l'inaction des muscles, par suite de la rétraction trop considérable de leurs antagonistes. Cette paralysie ne peut être guérie que par la section des muscles rétractés, section, qui rend la liberté aux muscles, en apparence paralysés; c'est ce qui s'observe journellement dans la plus grande partie des difformités congéniales. Il est des cas exceptionnels, dans lesquels on fait quelquefois la section des muscles rétractés, lorsqu'il existe même une vraie paralysie, et l'on parvient quelquefois à guérir cette paralysie plus facilement après, qu'avant l'opération; mais le plus souvent on ne parvient alors par la ténotomie suivie de moyens orthopédiques, qu'à donner au membre défiguré sa forme plus ou moins naturelle, et l'on n'est pas en état, de lui rendre toutes ses fonctions. Il ne faut pas conclure, que la ténotomie ne soit pas très utile dans ce cas; on comprendra facilement qu'il est préférable d'avoir un pied de forme naturelle qu'un pied-bot, et qu'un pied, dans lequel quelques muscles sont paralysés, est plus utile qu'un pied-bot, il serait superflu d'entrer dans de plus longs détails; revenons à notre sujet, c'est-à-dire, aux dif-

formités accidentelles produites par l'action musculaire.

La troisième période de ces difformités est la rétraction permanente des muscles, lorsque la paralysie de leurs antagonistes est plus ou moins dissipée. Dans cette période, la maladie est réduite à sa plus grande simplicité; ce n'est plus la contracture morbide des muscles, dans laquelle leur action physiologique devient pathologique par sa trop grande intensité ou par sa persistance; ce n'est plus la maladie, ce sont ses suites. Les muscles affectés sont, pour ainsi dire, dans leur état normal sous le rapport de leur action physiologique; ils sont devenus seulement trop courts. Cette période est appelée par M. Guérin la période de rétraction permanente des muscles. Que faut-il faire dans cette période? La plupart des chirurgiens, qui n'ont pas approfondi cette partie de la science, qui croient la connaître, et n'ont pas suivi pas à pas les progrès immenses, que l'orthopédie a faits dans les dernières années, vous diront: « Essayez ce moyen ; s'il échoue, essayez tel autre ; puis essayez les machines, et enfin, si rien ne vous aide, ayez recours à l'opération. » Non, cette manière d'agir ne peut pas être appelée scientifique; c'est l'empirisme d'autant plus impardonnable, que l'orthopédie rationnelle, qui ne date guère que de quelques années, devient maintenant la branche de la chirurgie la plus positive. Pour convaincre de la vérité de ces paroles, il ne reste qu'à faire un appel aux hommes de bonne volonté, en leur disant: Venez et voyez, car cette science n'existe pas encore dans les livres. M. Guérin a démontré, que, dans la simple rétraction permanente des muscles, le seul moyen qu'on puisse opposer efficacement à cette rétraction est leur section; tous les autres moyens ou échouent, ou sont même nuisibles, tels sont les

machines, qui accélèrent le passage de la troisième période de la maladie à la quatrième, caractérisée par la transformation fibreuse des muscles.

Voilà les motifs qui ont empêché M. Guérin de m'opérer, avant d'avoir réduit la maladie à sa plus simple expression, c'est-à-dire, à la rétraction permanente des muscles sans la paralysie de leurs antagonistes. Nous avons déjà dit, que les muscles rétractés étaient les suivans : le cubital antérieur, le grand et le petit palmaires, le rond pronateur, le fléchisseur superficiel des doigts, le fléchisseur propre du pouce et son opposant ; on pouvait sentir sous la peau les tendons de ces muscles comme des cordes tendues. D'après la flexion de la troisième phalange des doigts, on devait soupçonner aussi la rétraction permanente du fléchisseur profond. Comme la rétraction de ces muscles était très considérable, M. Guérin pensa, qu'en coupant leurs tendons en un seul endroit, on courrait le risque de produire un trop grand écartement entre les deux bouts divisés, et de ne pas obtenir leur réunion, en n'obtenant que leur adhésion avec les parties environnantes; c'est pourquoi il résolut de faire en plusieurs endroits la section des mêmes muscles rétractés, et de partager de la sorte l'écartement, qui aurait eu lieu en un seul endroit.

Il se décida à couper dans le coude même, près de leur attache supérieure, les muscles; rond pronateur, grand et petit palmaires et une partie des muscles fléchisseur sublime et cubital antérieur. Il n'était pas facile de résoudre toutes les difficultés que présentait, dans cet endroit, la section de ces muscles; il fallait éviter le nerf cubital, le nerf médian, l'artère et les veines brachiales et l'articulation. Il me suffira de dire, qu'ayant demandé à des chirurgiens, qui s'occupent principalement de ténotomie, s'il se-

rait possible de couper ces muscles dans le coude, après maintes réflexions, même après des essais sur le cadavre par l'un deux, ils répondirent négativement. M. Guérin a résolu ces difficultés ; voici, de dedans en dehors, la disposition des parties : L'attache humérale du muscle cubital antérieur se présente la première au côté interne de l'épitrochlée ; derrière et au-dessous d'elle se trouve le nerf cubital, qui en passant forme un cordon, qu'on peut très bien sentir même à travers la peau ; l'on peut encore s'assurer que c'est le nerf, par la sensation pénible, ou même par la douleur qu'on produit par la pression. Au-devant de ces parties, et plus en dehors, se trouvent les attaches supérieures des muscles rond pronateur, grand et petit palmaires et d'une partie du fléchisseur superficiel ; au côté externe de ces attaches et un peu plus profondément, on voit la capsule articulaire. L'artère, les veines brachiales et le nerf médian sont encore plus en dehors, se dirigeant de haut en bas et un peu de l'extérieur vers l'intérieur, en passant au-devant de l'articulation. On voit, par conséquent, que la section des attaches des muscles au coude doit être faite dans l'enfoncement, ou dans une sorte de rainure longitudinale, qui existe entre la trochlée et l'épitrochlée ; cette section doit être pratiquée directement de bas en haut ou de haut en bas, et non de l'intérieur vers l'extérieur, car de cette manière on courrait risque d'atteindre l'artère, les veines, la capsule articulaire et le nerf médian. En pratiquant la section par la méthode sous-cutanée on protège le nerf cubital au moyen de l'ongle de l'indicateur ou mieux du pouce, placé au bord interne de ce nerf pour l'écarter. L'opération doit donc être exécutée de la manière suivante : Après s'être bien assuré du lieu, où se trouve le nerf cubital, l'opérateur fait, avec son aide, un pli transversal

à la peau; à la base de ce pli il introduit de bas en haut un instrument pointu parallèlement à la direction de l'humérus, et en passant entre la peau et les muscles à diviser. Il arrive ainsi jusqu'au côté opposé du pli sans traverser la peau de ce côté. Dans cette ponction il introduit un ténotome convexe à pointe mousse, supporté par une tige non tranchante; on abandonne alors le pli de la peau; et, si l'on opère sur le bras gauche, comme cela a eu lieu, l'opérateur met les quatre doigts de sa main gauche derrière le coude et l'ongle du pouce sur le nerf cubital, pour l'éloigner et le protéger pendant la section. L'opérateur tient le ténotome avec sa main droite, et fait la section des muscles des parties superficielles aux parties profondes, de haut en bas ou de bas en haut, dans la rainure ci-dessus indiquée. Je n'ai pas l'intention de décrire ici les procédés de M. Guérin, et d'exposer toutes les raisons, sur lesquelles ses procédés sont basés; je puis seulement affirmer que ses procédés n'ont rien qui ne soit rationnel. Dans cette opération il va sans dire, que les attaches des muscles fléchisseur superficiel et cubital antérieur ne peuvent être divisées complètement.

Après cette première section, M. Guérin se proposa de couper dans l'avant-bras, à des hauteurs différentes, les quatre tendons du muscle fléchisseur superficiel, ceux du cubital antérieur, des grand et petit palmaires, du fléchisseur propre du pouce; et enfin de terminer l'opération par la division de l'opposant du pouce dans la paume de la main, et des quatre tendons du muscle fléchisseur profond, au niveau des deuxièmes phalanges. Dans toutes ces sections il y avait aussi des précautions à prendre; il fallait éviter la lésion du nerf médian, qui, comme on sait, devient de plus en plus superficiel à mesure qu'il s'approche de la main, et se trouve

derrière les quatre tendons du fléchisseur superficiel, on peut dire même, qu'il se trouve compris dans le paquet commun de ces tendons; il fallait, dans la section du cubital antérieur, éviter la lésion du nerf cubital; et de plus les artères radiale et cubitale; mais de toutes ces lésions celle du nerf médian était la plus dangereuse, car il se présentait pour ainsi dire lui-même au bistouri; cette considération détermina M. Guérin, à couper le plus haut possible dans l'avant-bras les tendons du fléchisseur superficiel. D'ailleurs en faisant contracter les muscles, pendant qu'on les coupe, on éloigne encore davantage les nerfs et les vaisseaux, et la section se fait presque sans la moindre pression, lorsque le muscle est bien tendu.

Le 21 juillet 1840, M. Guérin pratiqua sur moi toutes ces opérations, en présence de beaucoup de médecins, du nombre desquels étaient MM. Amussat, Mott, Donné, Clot-Bey, Labat, Zablotski, Ossipovski, etc. Il fit dans le coude la section des attaches supérieures des muscles, rond pronateur, grand et petit palmaires, d'une partie du fléchisseur superficiel et du cubital antérieur; dans l'avant-bras, celle des quatre tendons du muscle fléchisseur superficiel, des tendons du fléchisseur propre du pouce, du cubital antérieur, des grand et petit palmaires; le tendon du petit palmaire a dû être coupé deux fois. L'opérateur coupa enfin le muscle opposant du pouce dans la paume de la main, dans les doigts, et les quatre tendons du fléchisseur profond. Ces dix-neuf sections ont été faites dans une demi-heure avec une habileté extraordinaire et sans le moindre accident.

Il est d'une grande importance de connaître le résultat immédiat de ces opérations, le voici : le coude paraissait un peu plus étendu, mais fort peu; la main devint plus libre

dans son articulation avec l'avant-bras, et était moins fléchie sur l'avant-bras ; le pouce était assez libre et tout-à-fait redressé ; les phalangettes des quatre doigts étaient, immédiatement après l'opération, complètement redressées sur les phalangines ; mais celles-ci restèrent fléchies sur les premières phalanges, comme elles l'étaient avant l'opération.

On mit sur les petites plaies des bandelettes de diachylon, en prenant toutes les précautions possibles contre l'introduction de l'air et en chassant les bulles d'air qui avaient pu s'introduire, car M. Guérin a parfaitement démontré, qu'on n'évite sûrement l'inflammation dans les méthodes sous-cutanées, qu'en ne laissant point d'air dans ces plaies. On mit un bandage simplement contentif, pour retenir les bandelettes, et le membre fut placé dans une écharpe.

Je ne sentis de douleur que pendant une heure et demie après l'opération ; puis la douleur cessa complètement, et ne se fit sentir les jours suivans, que quand on exerçait une pression sur les endroits opérés ; il n'y a pas eu la moindre fièvre, ni aucun autre accident consécutif.

Le bras fut laissé dans le repos le plus complet pendant deux jours.

Le 23 juillet, on ôta l'appareil contentif et les bandelettes, car les petites plaies étaient cicatrisées. M. Guérin essaya d'imprimer au membre opéré divers mouvemens, l'extension de la main sur l'avant-bras, la supination, l'extension des secondes phalanges des doigts. Il trouva, qu'en voulant porter la main dans la supination, le muscle abducteur du pouce était fortement tendu sur le côté radial de l'avant-bras, un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne ; c'est pourquoi il fit la section de ce tendon. L'extension des se-

coudes phalanges était impossible; ces tentatives occasionnaient de vives douleurs.

Le même jour on appliqua l'appareil mécanique. Il serait trop long de le décrire complètement; il suffit, pour donner l'idée du but, qu'on se proposait d'atteindre, de dire, qu'il s'appliquait sur le bras et l'avant-bras, et était brisé au niveau de l'articulation du coude. On pouvait à volonté redresser plus ou moins la machine dans cette brisure à l'aide d'une vis de pression. Par conséquent, lorsque cet appareil était appliqué, en le redressant dans sa brisure, qui correspondait au coude, on tendait nécessairement à redresser ou à étendre l'avant-bras sur le bras. Cet appareil se terminait un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne par deux demi-cercles métalliques, qui, en se fermant, formaient un cercle complet fixe et immobile sur l'appareil; à ce cercle en était adapté un autre, composé aussi de deux demi-cercles métalliques; celui-ci embrassait le premier, et tournait sur lui, comme une roue sur son axe, à l'aide d'une coulisse, dans laquelle s'engageaient deux pignons à pas de vis, fixés sur le premier cercle. Au moyen de deux écrous on arrêtait à volonté le cercle mobile dans le degré de rotation, qu'on lui imprimait. Ce mécanisme était destiné à produire la supination, et les deux cercles étaient assez larges pour que l'avant-bras ne fût pas empêché et retenu pendant la supination. Sur la partie du cercle mobile, correspondante à la face dorsale de la main, était fixée, sur une tige métallique brisée, une plaque, qui s'appliquait à la face dorsale de la main. Dans la tige brisée qui soutenait cette plaque, était une vis à pression servant à redresser la plaque à volonté; par ce moyen on étendait aussi la main, fixée à la plaque à l'aide d'une large courroie embrassant la face palmaire. Il n'est pas besoin de dire que

cette machine était partout bien rembourrée. Elle était donc destinée, à étendre l'avant-bras sur le bras, la main sur l'avant-bras et à produire la supination.

Comme toutes les articulations étaient très raides, l'emploi de cette machine causait beaucoup de douleur; et on ne pouvait l'appliquer que de temps en temps, en augmentant graduellement la force de son action et en laissant reposer le membre pendant les intervalles. M. Guérin venait chaque jour me voir, et faisait diverses extensions saccadées du bras, de la main et des doigts; ces extensions étaient extrêmement douloureuses.

S'étant convaincu, que, nonobstant toutes les extensions faites avec beaucoup de force, il n'était guère possible d'étendre, ou de redresser les secondes phalanges des quatre doigts sur les premières, M. Guérin se décida, à faire encore la section des quatre tendons du fléchisseur sublime au niveau des premières phalanges; le 27 juillet il les pratiqua en présence de plusieurs médecins. Il sortit beaucoup de synovie par les petites plaies, bien plus de synovie que de sang. Les piqûres furent recouvertes de diachylon, et M. Guérin me recommanda le repos le plus absolu du membre opéré; ce qui fut strictement observé. Trois jours après on s'assura que les petites plaies étaient complètement cicatrisées.

Après quelques jours l'application de la machine fut reprise; on employa des bains de bras, des frictions avec de l'huile camphrée, le massage et les extensions saccadées.

L'extension des doigts se fit très facilement, et ils devinrent à-peu-près droits; il resta pourtant une certaine courbure, mais très légère, dans les articulations des premières phalanges des quatre doigts avec les secondes; courbure, qui ne dépendait que de la forme des articulations, modifiée

par la longue flexion permanente, ou bien de la rétraction des ligamens.

On s'assura bientôt, que toute extension sur le coude était inutile, car les mouvemens du coude, tant d'extension que de flexion, étaient bornés, et ne pouvaient pas dépasser certaines limites, non à cause des rétractions musculaires ou ligamenteuses, mais à cause de la substance osseuse, qui remplit en partie les fosses articulaires antérieure et postérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Avant les opérations la main était en pronation permanente; après les opérations on parvint, par l'emploi des machines et par les extensions saccadées, à ce que la main pût être portée par les seuls efforts des muscles dans une position intermédiaire; en employant une certaine force on peut obtenir une supination incomplète.

La flexion de la main sur l'avant-bras était bien difficile et bien longue à combattre; il a fallu faire long-temps usage de la machine et des extensions saccadées à cause de la raideur de l'articulation et des rétractions ligamenteuses. Nonobstant tous ces moyens, il a fallu revenir le 22 août à la section des muscles grand et petit palmaires et du cubital antérieur. Ces sections furent pratiquées par M. Guérin en présence de Son Excellence M. Arendt, médecin ordinaire de Sa Majesté l'Empereur de Russie. Elles furent faites dans l'avant-bras, il n'en résulta pas le moindre accident, et je ne me trouvai pas même obligé de garder la chambre pendant une journée. Les plaies comme d'ordinaire se cicatrisèrent très rapidement. La réitération de la section de ces trois muscles facilita beaucoup l'extension de la main, qui pouvait, quelque temps après, être portée par la seule action musculaire dans une extension telle, que la main se trouvait en ligne

droite avec l'avant-bras ; en employant une certaine force on portait l'extension encore plus loin ; toutefois on n'obtint pas le degré d'extension normal. Je dois faire remarquer, à l'occasion de ces trois dernières sections, que, pendant celle du tendon du cubital antérieur, je ressentis une douleur très vive. Quelques heures après l'opération cette douleur disparut mais la pression même légère sur l'endroit opéré la réveillait ; cet état persista environ deux à trois semaines. Cette douleur ne dépendait pas certainement de la lésion du nerf cubital, car l'absence de toute modification dans la sensibilité ou dans la mobilité des parties auxquelles se distribue ce nerf, rassurait complètement à cet égard et l'opérateur et l'opéré. J'ai trouvé nécessaire de citer ce fait, afin que l'histoire de ma maladie fût complète, et de montrer que cette douleur après la ténotomie, douleur qui devait dépendre d'une lésion incomplète de quelque filet nerveux, est ordinairement un phénomène passager, dont on n'a pas lieu de s'effrayer, car il se montre parfois après ces opérations, et se dissipe facilement.

A mesure que les muscles extenseurs de la main et des doigts étaient exercés, ils acquéraient de la force et de la consistance ; mais, à cause de la sècheresse de leurs gaînes, ils produisaient pendant bien long-temps une sorte de craquement pendant leur contraction ; ce craquement était surtout manifeste un peu au-dessus et même au niveau de l'articulation de l'avant-bras avec la main.

Le 1er décembre M. Guérin fit la section du tendon de l'extenseur du cinquième doigt au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne : c'était la vingt-huitième ténotomie ; elle était nécessaire à cause de la rétraction de ce tendon, rétraction qui concourait à maintenir la subluxation

du doigt en arrière. Le 25 janvier 1841, M. Guérin fit la vingt-neuvième et dernière section ; il coupa l'opposant du pouce, dont la rétraction persistait à un certain degré.

Pour terminer l'histoire de ma maladie, il est nécessaire de décrire l'état de ma main après toutes ces opérations, et de montrer le bénéfice que j'en ai retiré ; car il faut le dire, on n'est pas parvenu par tous ces moyens à me rendre l'usage complet du membre. Je vais décrire successivement l'état des différentes parties, et montrer ce que je puis espérer, gagner encore avec le temps et par l'usage de moyens convenables ; je dirai aussi quels sont les mouvemens, que je dois considérer comme perdus (1) ; car avant tout la vérité, dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Le coude a peu gagné dans l'extension et la flexion de l'avant-bras sur le bras ; la raison en est toute simple ; ces mouvemens sont bornés par la substance osseuse, qui a rempli en partie les fosses antérieure et supérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il ne faut pas s'attendre que ces mouvemens puissent devenir aussi complets que dans l'état normal ; mais on peut espérer, qu'avec le temps, ils deviendront plus libres par l'exercice ; on sait, en effet, que, dans les luxations non-réduites, souvent les saillies osseuses se creusent à la longue par suite de la pression. Ce ne sont point là de pures présomptions, car il se fait incessamment un certain progrès dans les mouvemens de mon coude, progrès très lent toutefois.

Avant les opérations, la main était constamment en pronation, la supination était impossible. Aujourd'hui, quoique la

(1) M. Guérin n'a pas renoncé à l'espoir, de porter plus loin à l'aide de moyens, non encore indiqués, la restauration des mouvemens, qu'on devrait regarder comme impossibles avec les ressources actuelles de la chirurgie.

pronation soit encore habituelle, je puis néanmoins effectuer un certain degré de supination par la seule action musculaire; avec un effort étranger on obtient un degré de supination plus prononcé, sans arriver pourtant à la supination complète. Par l'exercice, les extensions saccadées et l'emploi de la machine, je parviendrai sans doute à l'augmenter beaucoup.

L'extension. de la main sur l'avant-bras a beaucoup gagné; la main peut être portée par les extenseurs non-seulement dans une ligne droite avec l'avant-bras, mais même un peu en arrière; cependant l'extension n'est pas complète. En prolongeant l'usage de la machine et des extensions saccadées, j'espère l'obtenir avec le temps. Cette extension complète est d'une assez grande importance pour l'usage du membre; on sait, qu'elle est très nécessaire dans les mouvemens de la main et même des doigts; pour preuve on n'a qu'à essayer, par exemple, de rapprocher l'extrémité du pouce de l'extrémité de chacun des quatre autres doigts, et l'on verra, que ce rapprochement se fait avec beaucoup plus de facilité lorsque la main est un peu renversée en arrière. Dans cette position, le pouce étant étendu, la longueur des autres doigts diminue d'autant qu'il est nécessaire, pour les rapprocher du pouce; cette diminution de longueur des autres doigts a lieu par leur flexion dans les articulations métacarpo-phalangiennes et par le renversement de la main sur l'avant-bras: c'est le mouvement que nous produisons par exemple, pour tenir une plume. A cette occasion je ferai remarquer que toute science ne devient parfaite que par son application; ainsi on connaissait d'une manière incomplète l'action des muscles, lorsque l'étude des difformités, produites par les rétractions, et la nécessité de préciser les muscles affectés

pour en faire la section, obligèrent les chirurgiens à approfondir cette question ; il se trouva démontré dès-lors, que les actions musculaires même isolées pouvaient encore être une source de recherches très curieuses. Pour ce qui regarde les actions combinées des divers muscles, il en était à peine question auparavant ; c'est la ténotomie qui fixa l'attention sur ce point, et fit faire à la physiologie un vrai progrès sous ce rapport. L'étude du mécanisme admirable par lequel s'exécutent tant de mouvemens divers, était véritablement trop négligée, il est bien temps qu'on s'en occupe sérieusement.

La flexion de la main sur l'avant-bras s'exécute chez moi comme dans l'état normal, il en est de même des mouvemens latéraux.

Le pouce est tout-à-fait droit ; mais la flexion volontaire de la seconde phalange est anéantie ; ce ne sont que les petits muscles, le court fléchisseur, l'opposant et l'abducteur qui le rapprochent de l'index.

Le doigt indicateur est assez libre dans l'articulation métacarpo-phalangienne, les lombricaux produisent quoique incomplètement sa flexion dans cette articulation. Il y a une courbure très légère dans l'articulation de la première avec la seconde phalange, la rectitude est complète dans celle de la seconde avec la troisième. Les mouvemens de flexion, dépendant du fléchisseur superficiel et du fléchisseur profond, restent complètement anéantis dans ce doigt ; cependant on ne sent pas de vide dans les endroits où les deux tendons ont été coupés ; on peut même sentir un certain degré de résistance dans l'endroit de la section du tendon du fléchisseur profond.

Le doigt médius est assez libre dans l'articulation métacarpo-phalangienne, mais les muscles lombricaux n'agissent

pas encore, et par conséquent il n'y a pas de flexion volontaire dans cette articulation. Il y a une légère courbure dans celle de la première avec la seconde phalange, et rectitude dans celle de la seconde avec la troisième. On sent très bien deux enfoncemens dans les endroits, où les tendons fléchisseurs ont été coupés, ce qui paraîtrait démontrer que la réunion des extrémités divisées n'a pas eu lieu.

L'annulaire est très raide dans l'articulation métacarpo-phalagienne, ce qui empêche la flexion de ce doigt par les muscles lombricaux; il est à présumer que cette raideur disparaîtra, et que les mouvemens de cette articulation deviendront possibles. Il y a une légère courbure dans l'articulation de la phalange avec la phalangine, et redressement complet dans celle de la seconde avec la troisième phalange. Le tendon du fléchisseur superficiel, coupé au niveau de la première phalange, est soudé; on le sent distinctement, et il y a un léger mouvement de flexion de la phalangine avec la phalange. Ce mouvement augmentera certainement par l'exercice, surtout quand celui de l'articulation métacarpo-phalangienne sera lui-même plus libre. Le tendon du fléchisseur profond, coupé au niveau de la phalangine, ne paraît pas être soudé.

Le cinquième doigt qui était subluxé en arrière, est celui dont l'articulation métacarpo-phalangienne offre le plus de raideur; il n'existe aucun mouvement de flexion dans cette articulation. J'espère qu'avec le temps cette raideur disparaîtra plus ou moins par l'emploi de moyens convenables. La flexion de l'articulation phalangienne est plus considérable dans le petit doigt que dans les autres; l'articulation de la phalangine avec la phalangette est droite. Le tendon du fléchisseur superficiel est bien soudé; il y a un peu de

mouvement de flexion dans l'articulation de la phalange avec la phalangine, mouvement qui augmentera probablement avec le temps. Le tendon du fléchisseur profond ne s'est pas soudé.

Il résulterait de cette observation, que sur vingt-neuf sections de tendons, la réunion n'aurait pas eu lieu dans sept d'entre eux; savoir : 1° dans les quatre tendons du fléchisseur profond, coupés au niveau des phalangines; 2° dans les deux tendons du fléchisseur superficiel de l'index et du médius, coupés au niveau des premières phalanges; et 3° dans celui du fléchisseur propre du pouce. L'action de ces muscles ou chefs de muscles est anéantie.

En résumé, je dois dire que : 1° la maladie des nerfs et des muscles consistant dans la contracture et dans la paralysie est guérie; 2° la difformité a disparu à-peu-près complètement; 3° pour ce qui concerne les mouvemens, ceux d'extension et de flexion dans le coude, de pronation, de supination et d'extension de la main, ont obtenu une amélioration marquée, et il y a lieu d'espérer que tous ces mouvemens augmenteront avec le temps. Pour ce qui concerne les doigts, je m'estimerai heureux, si avec le temps, à force d'exercice, je parviens à les fléchir davantage dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes, de manière à pouvoir rapprocher l'extrémité du pouce des extrémités des quatre autres doigts, à saisir ainsi et à maintenir tant soit peu les objets; car l'action du fléchisseur superficiel et du profond est à-peu-près perdue.

RÉFLEXIONS.

Telle est l'histoire de la maladie et de la difformité dont j'ai été atteint. Chacun se demandera, après avoir lu cette ob-

plutôt mécaniquement par l'écartement des doigts, que par l'action des muscles divisés ; ou bien peut-être par le pouce, qui les maintenait contre les autres doigts. J'ai vu en 1840, chez M. Stromeyer, dans sa clinique chirurgicale à Erlangen, deux cas de section des muscles fléchisseurs au niveau des doigts mêmes ; les doigts ont été redressés, mais l'action des fléchisseurs a été perdue ; les lombricaux seuls fléchissaient les quatre doigts dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes. Le cinquième cas est tout récent ; il ressemble absolument au mien, et il m'est connu plus en détail que les autres, l'ayant pu suivre moi-même. C'était un petit malade, couché à la clinique de la Faculté, à la suite d'une fracture traitée par le bandage inamovible, il lui survint une rétraction permanente des fléchisseurs de la main et des doigts ; il fut reçu à la clinique pour cette rétraction. M. Larrey fils, qui faisait alors le service dans cette clinique, en remplacement de M. J. Cloquet, pratiqua dans la paume de la main la section des quatre tendons fléchisseurs superficiels, et des quatre tendons fléchisseurs profonds. Le résultat a été le même que dans les autres cas ; l'action de ces muscles est absolument perdue. En voilà assez, je crois, de six cas, dans un espace de temps aussi court, et tous avec les mêmes résultats ; je n'en connais pas davantage ; peut-être en existe-t-il encore. Cela paraît démontrer, d'une part, que ces affections ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser, en lisant les ouvrages classiques de chirurgie ; et d'autre part, qu'on n'est pas encore parvenu à combattre avec succès les rétractions musculaires des doigts ; car certes personne ne contestera le mérite, les connaissances et l'habileté des chirurgiens que j'ai cités, et auxquels appartiennent les cas, que je viens de rapporter.

La ténotomie, conquête brillante de la chirurgie moderne, a commencé par être principalement appliquée aux membres inférieurs dans les pieds-bots; c'était, pour ainsi dire, son point de départ. Quel but se proposait-on dans ces cas? Celui de rétablir la forme d'un membre, qui ne peut servir, comme le fait un membre régulièrement conformé : notez bien ceci, la forme est en premier lieu, l'usage en second. Pourquoi cela? Parce que l'extrémité du membre inférieur, le pied, n'est qu'un support; rendez la forme à ce support, vous lui rendez par cela seul plus ou moins son usage. Quelle perte aura fait votre malade, si, pour le guérir de son pied-bot, porté au plus haut degré, vous faites, entre autres, la section des fléchisseurs des doigts, et si vous abolissez par cette section l'action de ces muscles? Ni l'opérateur, ni l'opéré ne s'en apercevront guère. Que la forme du membre soit rétablie, et l'opéré se servira de ce membre, tout aussi bien, à peu de chose près, que si l'action des muscles fléchisseurs des doigts n'était pas abolie. Partant de ce principe, on a étudié l'application de la ténotomie, principalement sous un point de vue, sous celui du rétablissement de la forme; on l'a négligée plus ou moins sous celui du rétablissement de l'usage ou de l'action du muscle dont on coupe le tendon. Sans avoir fait cette étude spéciale, on a voulu appliquer la ténotomie aux membres supérieurs; on l'a tenté, et les résultats n'ont pas été heureux. Chacun comprendra facilement la cause de ces échecs; on appliquait aux membres supérieurs la ténotomie, absolument comme on le faisait aux membres inférieurs, tandis qu'il y a là une grande différence à observer. Dans les membres inférieurs, la forme est la chose principale; en la rétablissant, on est presque sûr de rendre au malade l'usage de son membre; dans les supé-

rieurs, la forme est la chose secondaire, l'usage est la chose principale; en rétablissant la forme dans une main, il ne faut pas perdre de vue l'usage.

Jusqu'ici la ténotomie a été principalement appliquée à la restitution des formes, ou bien, en d'autres termes, à la guérison des difformités; on s'est peu occupé, de préciser les conditions nécessaires au rétablissement de la continuité du tendon coupé, de manière à ce que le muscle puisse exercer son action comme dans l'état normal. Cette question est d'une grande importance dans la ténotomie; certainement la plupart des tendons se trouvent dans des conditions, favorables pour le rétablissement de leur continuité avec conservation de l'action de leur muscle; mais il n'en est pas moins vrai, qu'il y a aussi des tendons, qui se trouvent dans des conditions bien défavorables sous ce rapport.

Je ne veux pas traiter cette question dans tous ses détails, et dans toutes les applications, comme l'exigerait l'importance du sujet; j'indiquerai seulement en passant les conditions, qui favorisent le succès complet de la ténotomie; elles sont les suivantes :

1° La position superficielle des tendons, ou, ce qui est plus juste, une position, qui rende possible l'exécution de l'opération par la méthode sous-cutanée, sans que des parties importantes pour la vie du sujet, ou pour la conservation des fonctions du membre opéré, soient exposées à être blessées. Il faut éviter même des lésions, quoique peu graves sous tous les rapports, mais qui peuvent compromettre le succès de l'opération, comme par exemple celle de vaisseaux assez considérables, pour nécessiter la ligature ou la torsion.

2° L'isolement du tendon des parties environnantes, de façon à ce que la substance intermédiaire, qui doit réunir les

deux bouts, soit libre dans les mouvemens du muscle, et non adhérente aux parties voisines ; ou du moins, que cette adhésion, si elle a lieu, ne soit pas nuisible aux mouvemens.

3° L'absence des conditions anatomiques, qui rendent impossible la réunion du tendon divisé ; un exemple est ici nécessaire. Si vous coupez un tendon du fléchisseur profond des doigts, au niveau de la seconde phalange, qu'arrivera-t-il ? le bout supérieur du tendon glissera à travers la bifurcation du fléchisseur superficiel, et il y aura impossibilité absolue du rétablissement de la continuité.

4° L'absence de gaine synoviale dans le lieu de la section du tendon ; car bien que quelquefois la continuité du tendon se rétablisse nonobstant la présence d'une gaine, le plus souvent ce rétablissement n'a pas lieu. Cela dépend de ce que les deux bouts sont baignés par la synovie ; et que le tendon n'est pas entouré ici d'un tissu cellulaire plus ou moins lâche. Cette réunion, dis-je, peut toutefois s'effectuer; j'en porte la preuve sur moi-même ; les tendons du fléchisseur superficiel des quatrième et cinquième doigts, tendons coupés au niveau de la première phalange, c'est-à-dire, dans la gaine synoviale, se sont réunis.

5° La possibilité de la conservation d'une partie de l'enveloppe cellulaire ou aponévrotique du tendon.

D'après cela, on peut voir quelles sont les conditions favorables ou défavorables au succès de la ténotomie, considérée seulement comme opération, sans parler des indications et des contre-indications, que présente la maladie même à l'emploi de cette méthode.

La différence est bien grande selon le but, qu'on se propose d'atteindre en l'entreprenant ; si l'on veut conserver l'action du muscle après la ténotomie ou la myotomie, il ne faut

pas perdre de vue toutes ces considérations ; si au contraire on ne veut remédier qu'à la difformité, et consentir à sacrifier l'action de quelques muscles (car il y a des cas dans lesquels il faut agir de la sorte), l'affaire est toute autre, il ne reste plus qu'à faire attention à la première de ces quatre conditions.

Chacun pourra appliquer ces notions à tous les cas ; quant à moi je passe de ces généralités à leur application au traitement des rétractions musculaires dans les membres supérieurs ; et comme je ne fais point maintenant une monographie de ces maladies, je ne décrirai pas même toutes ces rétractions; je ne parlerai que de celles des muscles fléchisseurs de la main et des doigts; car, d'une part, ces rétractions sont les plus fréquentes dans ces membres, et d'autre part, elles sont les plus difficiles à guérir. D'ailleurs je ne veux point faire ici de la théorie, je ne veux que dire des choses que l'expérience m'a apprises sur moi-même.

La rétraction des muscles fléchisseurs de la main, du cubital antérieur, des petit et grand palmaires est facile à guérir. On peut impunément couper les tendons de ces muscles dans l'avant-bras, où ils sont tout-à-fait superficiels. Il faut éviter de léser le nerf cubital pendant la section du muscle cubital antérieur. La rétraction de ces muscles peut s'observer sans la rétraction des fléchisseurs des doigts et des pronateurs ; la maladie est alors bien simple et très facile à guérir, les tendons de ces muscles se trouvant dans les meilleures conditions possibles, pour la réunion parfaite après leur division, et leur action se rétablissant complètement après ces opérations. Il semblerait d'abord, qu'en coupant les tendons des petit et grand palmaires à la même hauteur, on courrait le danger de voir se réunir les deux

tendons divisés par une substance intermédiaire commune, et de perdre l'action isolée de ces muscles. Quand même il en serait ainsi, le danger ne serait pas grand, l'action de ces deux muscles étant à-peu-près la même; mais l'expérience a appris que la réunion se fait isolément, et qu'ils conservent l'indépendance de leur action. Le cubital antérieur est aussi très bien isolé des parties environnantes, de manière que sa continuité, après la section de son tendon se rétablit avec la plus grande facilité. On peut répéter, s'il le faut, la section de ces tendons plusieurs fois, le résultat est toujours le même.

Lorsqu'il y a aussi en même temps rétraction des pronateurs et pronation forcée, la maladie devient plus difficile à guérir, car, pour y arriver, il faudrait agir sur les deux pronateurs. On peut couper le grand pronateur à son attache supérieure au condyle interne de l'humérus, d'après le procédé de M. Guérin, procédé qu'il a employé sur moi, en coupant d'un seul coup les attaches supérieures du fléchisseur superficiel, du grand pronateur, du grand et du petit palmaires; mais comment ira-t-on chercher à couper par la méthode sous-cutanée le carré pronateur? Personne ne l'a fait, et je ne crois pas, qu'il soit possible de le bien faire. En ne coupant donc qu'un seul des deux pronateurs, on n'enlève pas toutes les causes de la difformité, et il y aura nécessairement des cas, où la guérison ne sera pas complète; mais il y aura toujours une amélioration plus ou moins grande, même après la section d'un seul pronateur. Je ne décrirai point le procédé opératoire de la section du grand pronateur; on peut le trouver dans l'histoire de ma maladie. On demandera pourquoi j'ai mentionné ici la section de l'attache supérieure du muscle fléchisseur superficiel? Je l'ai fait, car on ne peut pas prati-

quer autrement la section de l'attache supérieure des muscles rétractés, grand et petit palmaires et grand pronateur. D'ailleurs, la section de cette portion de l'attache du muscle fléchisseur superficiel ne compromet en rien l'action de ce muscle; la réunion se fait très bien. Une autre question est celle-ci : comment reconnaître l'existence de la rétraction du carré pronateur? C'est facile, si après la section du pronateur rond, il y a une résistance dans la supination, et que cette résistance ne vienne pas de l'articulation de la tête du radius, on peut être certain que l'obstacle est dans le carré pronateur.

Si à ces rétractions venait se joindre celle du fléchisseur superficiel, il serait facile de reconnaître le fait par la saillie des tendons de ce muscle, qu'on pourra sentir à travers la peau. Cette rétraction a pour résultat la flexion des articulations des premières avec les secondes phalanges; c'est un symptôme caractéristique et constant de cette rétraction; il peut y avoir aussi flexion permanente des articulations métacarpo-phalangiennes, mais ce symptôme est loin d'être constant. On concevrait, à la rigueur, que la rétraction du fléchisseur superficiel pût exister isolément; mais, en réfléchissant un peu, on verra, qu'en adoptant même la possibilité, au commencement de la maladie, de la rétraction bornée à ce muscle, il arrivera de toute nécessité par la suite que les fléchisseurs de la main et le fléchisseur profond des doigts se rétracteront passivement. En effet, la rétraction du superficiel rendra les muscles trop longs, et ils devront par conséquent se rétracter consécutivement pour pouvoir agir. D'après ces considérations, je doute qu'on puisse trouver des cas où la rétraction soit bornée au fléchisseur superficiel; je n'isole ici la rétraction du fléchisseur superficiel de

celle du profond, que pour mieux préciser ce qu'on a à faire contre cette rétraction. L'expérience a démontré qu'il est possible d'atteindre sans danger, ainsi que l'a fait M. Guérin, une partie de l'attache supérieure de ce muscle; cette section guérit très bien, seulement elle n'est pas suffisante, puisqu'elle laisse la majeure partie du muscle intacte. Mais on peut couper ses quatre tendons dans l'avant-bras, chacun à une hauteur différente, pour éviter leur réunion en une masse commune; toutefois, en faisant ces ténotomies, il faut éviter la lésion du nerf médian. Ces tendons ainsi divisés se réunissent très bien, et peuvent diminuer, ou même guérir les effets de la rétraction de ce muscle; mais, chose étrange et que je ne saurais guère expliquer, c'est que quelquefois la rétraction persiste, même après ces sections, ce qui est arrivé sur moi-même. On peut couper les tendons du fléchisseur superficiel dans la paume de la main; M. Hipp. Larrey l'a fait, et il a échoué. On peut les couper au niveau des doigts. On l'a fait plusieurs fois, et l'on n'a rien produit de bien; M. Guérin me les a coupés dans les doigts, et sur quatre tendons divisés, deux seulement se sont réunis. Il est facile de comprendre pourquoi la section de ces tendons dans les doigts est si rarement suivie de succès : il y a là des gaînes synoviales; mais je ne comprends pas pourquoi elle ne réussit pas dans la paume de la main. Je m'abstiendrai donc de conseiller la section de ces tendons, soit dans la paume de la main, soit dans les doigts. Si l'on réussit à guérir la rétraction de ce muscle par la section d'une partie de son attache supérieure et par celle de ses quatre tendons dans l'avant-bras (le plus haut possible, pour éviter la lésion de nerf médian), on aura triomphé de la maladie, en conservant l'intégrité complète de l'action de ce muscle. Si on ne

réussit pas, ou si l'on ne réussit qu'incomplètement, il faut se résigner; c'est ici que le chirurgien doit savoir s'arrêter, car il ne doit jamais se permettre, d'anéantir l'action de ce muscle par ses opérations, ce muscle étant vraiment indispensable pour l'usage du membre.

Pour ce qui concerne le fléchisseur profond, je ne crois pas qu'il puisse être rétracté seul. Si on pouvait présumer sa rétraction isolée au commencement de la maladie, on devrait être à-peu-près sûr, que cette rétraction entraînerait celle du fléchisseur superficiel et des fléchisseurs de la main, par la raison déjà indiquée; ordinairement la rétraction est complexe dès son origine, et attaque à-la-fois plusieurs muscles. Néanmoins, isolons, pour un moment, dans notre esprit, la rétraction du fléchisseur profond, et demandons-nous s'il est possible de guérir cette maladie en conservant dans la suite l'intégrité de l'action de ce muscle? Je réponds par la négative, et voici sur quoi je me fonde: la situation profonde de ce muscle dans l'avant-bras, et les parties importantes, nerfs et vaisseaux qui le recouvrent, ôtent tout espoir de la possibilité d'en atteindre les tendons à des hauteurs diverses dans ce lieu; et c'est là seulement que leur section pourrait être suivie de succès; ils s'y trouvent dans les meilleures conditions pour le rétablissement de leur continuité sans adhérence avec les parties environnantes. Personne d'ailleurs n'a songé jusqu'à présent à les couper dans l'endroit dont nous parlons. Peut-on faire leur section dans la paume de la main? M. Hippolyte Larrey l'a essayé, mais il n'a pas réussi; il a coupé au même niveau et par les mêmes sections les tendons du fléchisseur profond et du fléchisseur superficiel; il ne pouvait faire autrement, ceux de ce dernier recouvrant à-peu-près exactement ceux du profond. Dans le cas que je cite, l'ac-

tion des deux fléchisseurs a été complètement perdue, et la continuité ne s'est pas rétablie; mais quand même la continuité se serait rétablie, la substance intermédiaire aurait été commune aux tendons profond et superficiel, et alors même l'action du profond eût été perdue pour toujours. — Peut-on faire la section des tendons du fléchisseur profond dans les doigts au niveau des secondes phalanges? Oui, on le peut très facilement, et on ne court pas le danger de léser aucune partie importante; on a fait cette section dans plusieurs cas; constamment on a échoué; on se rend toujours maître de la rétraction et de la contracture des doigts, qui en résultait, mais l'action du muscle est abolie: cela se conçoit parfaitement; sans parler de la présence dans cet endroit des gaines synoviales, condition que nous avons dit être défavorable, on comprend facilement qu'une fois le tendon coupé au niveau de la seconde phalange, la seule contraction du muscle sans le moindre allongement du doigt, c'est-à-dire, sans son redressement, suffit pour faire glisser, à travers la bifurcation du tendon du fléchisseur superficiel, le bout supérieur du tendon divisé; à part cela, s'il se formait une substance intermédiaire entre les deux bouts divisés du tendon, peut-on croire à la possibilité de la conservation des mouvemens et du glissement de cette substance à travers le tendon du fléchisseur superficiel? Je n'ai point parlé de la section de ce tendon au niveau de la première phalange: personne ne penserait à la faire; on pourrait à la rigueur couper à-la-fois les tendons du superficiel et du profond, mais cela ne servirait à rien; l'action des deux muscles serait abolie.

Il me paraît donc suffisamment prouvé par l'expérience et par la théorie, qu'il est difficile sinon impossible de cou-

per les tendons du fléchisseur profond, sans perdre pour toujours l'action de ce muscle. Si l'on devait néanmoins faire cette section, il ne faudrait la pratiquer qu'au niveau des secondes phalanges. Je dois dire ici que la rétraction de ce muscle est une maladie grave, car elle produit la contraction complète des doigts, en produisant la flexion de la troisième phalange sur la seconde, qui elle-même, est fléchie sur la première; c'est un phénomène constant; la préhension des objets est alors impossible, et l'usage des doigts perdu. On ne peut pas abandonner dans un tel état le malade; à quoi donc doit se décider le chirurgien? Selon moi il ne doit rien décider lui-même; il faut faire au malade la proposition suivante: « Vous ne pourrez guérir qu'incom- « plètement, c'est-à-dire, en perdant la possibilité de fléchir les troisièmes phalanges des doigts. » S'y décide-t-il, faites l'opération; s'il ne se décide pas, gardez-vous de lui promettre une guérison, que vous ne seriez pas en état de produire.

La contraction du pouce par suite de la rétraction du long fléchisseur, me semble être curable; la section de ce muscle est praticable à l'avant-bras; elle a été faite sur moi. J'ai perdu néanmoins l'action de ce muscle, et je ne puis bien m'expliquer ce résultat; ne pourrait-on pas admettre que M. Guérin a coupé de nouveau ce tendon au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, en divisant l'opposant du pouce, et qu'alors ce tendon s'est trouvé dans des conditions défavorables.

Je ne dirai rien sur la rétraction des petits muscles fléchisseurs, qui se trouvent dans la paume de la main, ne voulant parler que des choses que l'expérience m'a apprises.

Après avoir analysé séparément tout ce qui concerne la rétraction des muscles rond pronateur, cubital antérieur,

grand et petit palmaires, fléchisseur propre du pouce, fléchisseur superficiel des doigts et fléchisseur profond, je veux appliquer les conséquences que j'en ai déduites, au traitement des difformités du membre supérieur, difformités, dans lesquelles tous ces muscles sont rétractés à-la-fois; si je ne suis pas encore autorisé à affirmer que cela arrive presque toujours, je puis dire au moins que cela est bien fréquent. En ce cas, il faut couper dans le coude les attaches supérieures du rond pronateur, des petit et grand palmaires, plus une partie de l'attache du fléchisseur superficiel et du cubital antérieur à l'épitrochlée. En outre, il faut faire à l'avant-bras, à des hauteurs différentes, la section des tendons du cubital antérieur, du fléchisseur superficiel, du fléchisseur propre du pouce, et des petit et grand palmaires. La section bien que complète des attaches supérieures de ces deux derniers muscles souvent n'est pas suffisante pour la guérison de leur rétraction.

Après la section de tous ces tendons, on ne sera pas très avancé, si on laisse le fléchisseur profond intact; bon gré, mal gré, il faut le sacrifier, et couper ses quatre tendons au niveau des secondes phalanges.

Voilà ce qu'on doit faire; toutes autres sections seraient nuisibles; en agissant ainsi, la guérison n'est pas complète, car l'action du fléchisseur profond est perdue pour toujours; mais l'usage du membre ne sera pas perdu; l'opéré pourra s'en servir très bien, pour prendre et retenir les objets. Les mouvemens du poignet sur l'avant-bras seront libres, exception faite de la supination, qui restera toujours un peu difficile, quand le carré pronateur était rétracté. La flexion des doigts dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes, et dans les articulations des premières phalanges avec les se-

condes sera aussi libre qu'à l'état normal. L'opéré ne sera privé que de la flexion des troisièmes phalanges, ce qui n'est rien en comparaison de la difformité, dont il était affecté, difformité qui lui causait une perte totale de l'usage de son membre. J'aimerais même mieux, laisser subsister un certain degré de rétraction dans le fléchisseur superficiel, rétraction, qui produirait une légère flexion des secondes phalanges sur les premières, que de courir le risque d'anéantir l'action du fléchisseur superficiel; en effet, cette flexion n'empêchera pas absolument l'usage des doigts; tandis qu'en privant le malade des fléchisseurs profond et superficiel, je ne sais à quoi serviraient alors les doigts. Pour ce qui me concerne, je termine en disant, que je regrette seulement, que M. Guérin m'ait coupé les quatre tendons du fléchisseur superficiel au niveau des premières phalanges; toutes les autres sections étaient nécessaires et indispensables. Je n'en serai pas moins reconnaissant envers M. Guérin pendant toute ma vie pour la part sincère qu'il a prise à ma situation, pour la sollicitude qu'il a mise à me soulager. Je n'ai qu'à me louer de l'extrême habileté avec laquelle il a fait sur moi ces opérations.

C'est le désir d'être utile à la science et à l'humanité, qui m'a fait écrire ce petit mémoire; je suis certain que dans les difformités dont il a été question, on doit s'en tenir à ce que j'ai indiqué. Dieu veuille que la science et l'art fassent de nouveaux progrès, et que l'on arrive par la suite à des résultats plus satisfaisans; mais ce ne seront ni des réflexions, ni des théories, ce ne sont que des faits qui pourront me convaincre.

RÉFLEXIONS DE M. VELPEAU SUR LE MÉMOIRE PRÉCÉDENT.

Ce mémoire nous a causé une sorte d'embarras. Malgré les formes courtoises, laudatives même de l'auteur, il est impossible de ne pas voir dans le fait qu'il expose une sorte d'accusation contre la pratique d'un de nos orthopédistes les plus distingués, qui peut-être eût accueilli ce travail dans son propre journal. En l'insérant nous n'avons, quant à nous, songé qu'aux enseignemens utiles qu'il contient et au rang honorable que M. Doubovitski occupe dans la hiérarchie chirurgicale. Du reste, en relatant avec tant de soin sa triste observation, ce jeune professeur fait ressortir, sans le vouloir, je suppose, les mérites et les défauts *également réels* qui distinguent M. Guérin. M. Guérin ne manque ni d'adresse, ni d'habilité; de plus il possède une grande aptitude à généraliser les notions scientifiques. On sait que ces deux qualités s'excluent jusqu'à un certain point. Quand on veut les faire marcher de front, il est rare que l'une ne fasse pas tort à l'autre. C'est ce qui nous paraît arriver à M. Guérin. Il vise avec raison à trouver l'interprétation des choses. Ses écrits montrent qu'il tient surtout à coordonner les faits; l'on peut même ajouter que sa pratique est comme ses livres. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'habile orthopédiste de la Muette, que l'on qualifiait l'autre jour devant nous du *plus intrépide coordonneur de l'époque*, croit volontiers avoir imaginé ce qu'il généralise. L'appliquant avec un certain esprit de modification, si ce n'est toujours de perfectionnement, dans le but de mettre les détails d'accord avec ses théories, il a une tendance naturelle à s'approprier de bonne foi tout ce qu'il coordonne, tout ce qu'il emprunte aux autres

pour ses déductions synthétiques. De cette habitude, bonne en principe, naissent toutefois quelques inconvéniens. Du côté de la science, M. Guérin, ne paraît pas connaître, ni approfondir suffisamment les richesses acquises et antérieures qu'il emploie pour ses coordinations. Partant plutôt de la théorie que de l'observation, il juge les choses bien plus d'après l'idée qu'il s'en est faite *à priori* que d'après l'expérience ou la pratique. Du côté de l'art, ses penchans offrent à-peu-près le même caractère. Plus dominé par le besoin d'expliquer ou de généraliser que de se tenir au courant des faits connus, il se croit facilement inventeur de méthodes et de procédés qu'il a à peine modifiés. Cette manière de faire explique jusqu'à un certain point, comment M. Guérin, sortant de sa spécialité, se croit souvent en droit d'aborder *ex-abrupto*, et de décider les plus hautes questions de la chirurgie, sans les avoir étudiées. Cela lui donne parfois, les apparences de légèreté et de manque de bonne foi qui lui ont été reprochées à différentes reprises. Peut-être nos reflexions s'adressent-elles plutôt en définitive au cercle restreint de la spécialité, qu'à la qualité *philosophante* de M. Guérin. Mais qu'importe ; si ses travaux visaient moins à la généralisation et à l'invention, ils gagneraient en exactitude et en utilité ce qu'ils perdraient de vague et d'obscurité. Le public et l'auteur lui-même ne peuvent tirer de bénéfice, le premier d'une exposition incorrecte qui l'abuse et pourrait le rendre injuste, le second, d'une science et d'une pratique qui peuvent faire mettre en question la solidité de ses connaissances et la droiture de son esprit. M. Guérin n'en est pas moins un homme très intelligent, plein de savoir, qui a le talent de remuer vivement les idées dont il s'empare ou qui lui sont propres, et que les années

jointes au travail incessant de son esprit, rendront, nous en avons la certitude, de moins en moins intolérant.

Revenons, en terminant, sur le Mémoire de M. Doubovitski. On y aura vu des éloges, mérités sans doute, mais placés là comme pour atténuer l'amertume des reproches qui se trouvent à la fin du travail. Il n'a pas été en nous d'adoucir ces récriminations.

C'est avec grande raison que M. Doubovitski s'élève contre la section des tendons dans la cavité des gaînes fibro-synoviales. Il y a long-temps que nous avons insisté sur ce point, dans nos leçons.

Quant au précepte établi par l'auteur, tout au commencement de son mémoire, précepte selon lequel il faudrait, dans l'opération du strabisme, couper à-la-fois les deux muscles internes, alors même que le strabisme n'aurait lieu que d'un seul côté, il nous est impossible de le sanctionner. Nous faisons tout le contraire et nous nous en trouvons bien. Il y a mieux, c'est que, dans le strabisme double, l'opération d'un seul côté suffit quelquefois pour redresser les deux yeux. M. Doubovitski aurait pu en voir un exemple récent dans notre service, à la Charité.

NOTE SUR LES PRÉTENDUS DANGERS DU BANDAGE INAMOVIBLE,

AU SUJET DU MÉMOIRE DE M. DOUBOVITSKI ;

Par M. Marchal (de Calvi).

Il arrive souvent qu'un moyen thérapeutique est déclaré, soit inefficace, soit même dangereux, parce qu'il a été mal employé. L'exemple de M. Doubovitski en est une preuve

frappante. Nous profitons avec empressement de l'occasion que nous fournit le mémoire du professeur russe, pour répondre aux craintes exprimées par un certain nombre de chirurgiens, relativement au bandage inamovible. Commenter le fait de M. Doubovitski, et montrer le vice des conséquences qui en ont été déduites, ce sera, répondre à tous les argumens et à tous les faits produits contre l'appareil en question. On verra avec quel étrange aveuglement on peut rejeter sur les moyens mis en usage les pratiques irrationnelles du chirurgien.

M. Doubovitski a éprouvé une fracture intra-articulaire de la partie inférieure de l'humérus; on l'a traité par le bandage inamovible amidonné, et il a été affecté consécutivement d'une contracture des muscles de l'avant-bras, accident qu'il met exclusivement sur le compte du bandage employé. En cela, vraisemblablement, il ne se trompe pas; mais il se trompe lorsqu'il juge du bandage inamovible amidonné par celui qui lui a été appliqué, et lorsqu'il accuse ce bandage, d'une manière générale. Peut-on juger de la valeur d'un moyen thérapeutique, lorsque ce moyen a été employé d'une façon qu'il faut appeler au moins vicieuse? Or, comment le bandage a-t-il été appliqué sur M. Doubovitski? Laissons M. Doubovitski répondre lui-même. « Le bandage amidonné *qui n'était pas appliqué sur le poignet et les doigts*, serrait circulairement l'avant-bras, et produisit un tel engourdissement dans le poignet, que toute sensibilité s'y perdit, ainsi que dans les doigts. » Ces parties se tuméfièrent, et devinrent, en outre, le siége de douleurs très vives. On appliqua un bandage sur le poignet et sur les doigts, *bandage qu'on renouvelait à mesure qu'il se relâchait.* Un élève de première année,

plus habile en cela que le praticien entre les mains duquel M. Doubovitski est tombé, aurait levé le bandage amidonné de l'avant-bras, et l'aurait réappliqué à partir de l'extrémité des doigts, au lieu d'exercer une compression expulsive sur la main et les doigts tuméfiés, lorsqu'il était évident que les liquides qui étaient accumulés dans ces parties, auraient été retenus, nonobstant le bandage, en raison de celui qui, appliqué sur l'avant-bras, devait empêcher le retour de ces liquides. Ensuite, qu'est-ce que ce renouvellement perpétuel du bandage appliqué sur la main? Pourquoi ne pas appliquer là un bandage à demeure, comme à l'avant-bras ? Certes, avec une telle conduite, il n'y a pas à s'étonner que des phlyctènes se soient produites. Il y aurait plutôt à s'étonner que la gangrène des parties n'ait pas eu lieu. M. Doubovitski insistait pour qu'on levât le bandage. On n'y consentit pas. Vingt-cinq jours après, l'appareil fut levé, et voici ce qui fera juger de l'intelligence qui avait présidé à son application. « L'avant-bras ayant été plus fortement serré au milieu, il y avait dans cet endroit un petit ulcère superficiel. » Et plus loin, l'auteur ajoute : « La pression qu'il (le bandage) exerçait, loin d'être uniforme sur tout l'avant-bras, était plus forte au milieu, et produisait un étranglement circulaire, dont il reste encore des traces, consistant dans une dépression. » Ainsi, l'accident a eu lieu le 3 janvier 1389; M. Doubovitski écrit son mémoire en janvier 1841, et il porte encore les traces de la mauvaise application de son bandage.

Maintenant, nous reprenons notre question de tout-à-l'heure, et nous demandons si l'on peut le moins du monde juger le bandage inamovible d'après celui qu'a subi M. Doubovitski ? Il est manifeste que jamais bandage n'a été appliqué

d'une manière moins méthodique. La première condition d'un bandage est qu'il comprime uniformément; or, dans le cas dont il s'agit, il y a eu un tel oubli de cette règle qu'après deux ans, la preuve de cette omission est encore empreinte sur le bras du malade. Nous avouons qu'il nous est impossible de comprendre qu'un professeur de pathologie externe se soit laissé traiter de cette manière. S'il était permis d'établir un jugement général sur un fait unique, si, en cela, nous suivions les erremens de M. Doubovitski, nous aurions une singulière idée de la manière dont se pratique la chirurgie à St.-Pétersbourg. Comment M. Doubovitski ne s'est-il pas aperçu qu'il faisait, dans les passages que nous avons textuellement rapportés, la critique la plus significative de la manière dont il avait été traité, et comment aussi, avec le jugement élevé que nous lui reconnaissons, ne s'est-il pas aperçu qu'il était impossible de juger des avantages et des inconvéniens du bandage inamovible par le fait qui lui est personnel? Faut-il donc attribuer aux méthodes opératoires les fautes des chirurgiens? autant vaudrait accuser le bistouri, quand on ouvre un anévrysme que l'on supposait être un abcès!

Ainsi se vérifie la proposition que nous établissions au commencement de ces remarques. Les assertions de M. Doubovitski tombent par défaut de fondement. Si M. Doubovitski, qui semble, pendant son séjour à Paris, avoir donné toute son attention à la ténotomie, ce qui se comprend bien dans la position où il se trouvait, avait pu suivre la clinique de la Charité, ou toute autre dans laquelle le bandage inamovible est en honneur, il ne regarderait pas comme indispensable d'attendre la disparition du gonflement inflammatoire pour appliquer le

bandage, et il serait convaincu que ce dernier est même le plus efficace moyen que l'on puisse opposer à ce gonflement. Il n'aurait pas établi alors, à titre de troisième condition de l'application du bandage inamovible, la nécessité de réduire toute fracture compliquée à l'état simple, ce qui n'est guère que la répétition de ce qui venait d'être dit.

Il y a des expressions qu'il nous a été pénible de rencontrer dans le mémoire de M. Doubovitski. Par exemple, quand il parle d'un empirisme grossier, il se fait l'écho des gens qui accusent le bandage inamovible sans l'avoir étudié.

M. Doubovitski déplore, en ami de la vérité, que la tendance de notre époque soit de généraliser les méthodes de traitement, de les vouloir appliquer indistinctement à tous les cas, au lieu de faire un triage de ceux auxquels ces méthodes conviennent, et de ceux auxquels elles ne sont pas applicables. Nous ne déplorons pas moins que, souvent, des personnes, d'ailleurs fort distinguées, portent des jugemens sur des points auxquels elles n'ont pas suffisamment réfléchi.

M. Doubovitski nous pardonnera sans doute ce qu'il peut y avoir de réflexions critiques à son égard, dans cette courte note, et voudra bien penser que certaines assertions méritent d'autant plus d'être discutées qu'elles viennent de personnes qui inspirent plus de confiance.

LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES ;

CLASSIFICATION NOUVELLE ;

Par M. A. DAVILLA.

Avant d'entrer en matière, je crois indispensable de dire que je n'examinerai la question des luxations scapulo-humérales que dans les points relatifs aux observations re-

cueillies dans le service de M. Velpeau. C'est, en effet, sur ces observations qu'est fondé ce travail. Ainsi, comme on a observé seulement des luxations complètes et en avant de la cavité glénoïde, je ne dirai qu'un mot en passant des luxations incomplètes, et c'est à peine si je parlerai des luxations en arrière. Je discuterai la classification proposée par M. Velpeau, dans les luxations scapulo-humérales; cette classification n'est pas encore bien connue, n'est pas comprise par tout le monde, et son exactitude est contestée par quelques personnes qui l'ont bien comprise. Mon but, ici, sera de démontrer que, dans cette classification éminemment pratique, les genres de luxations établis sont parfaitement distincts, quant à leur mécanisme, quant à leurs signes et à leur traitement.

§ Ier Classification des luxations scapulo-humérales.

Une question importante à résoudre se présente tout d'abord, c'est celle de savoir comment les auteurs anciens ont compris les luxations de l'épaule. Ceci n'est pas très facile à faire, et il est aisé de concevoir comment M. Malgaigne, ainsi qu'il le dit lui-même, dut renoncer à rien comprendre sur ces luxations, telles qu'on les exposait jusqu'alors. Maintenant que les travaux de sir A. Cooper, de MM. Malgaigne, Sédillot et Velpeau ont éclairé la question, on peut assez bien la résoudre, en partant de ce principe, qu'à l'exception de ces quatre auteurs, tous les autres, évidemment, n'ont pas pris la nature pour modèle, pas plus Boyer que ses prédécesseurs, bien qu'il leur fasse le même reproche.

Mon intention n'est pas de faire, bien s'en faut, un historique complet des connaissances acquises successivement sur les luxations scapulo-humérales. Je veux seulement

démontrer le principe que je viens d'émettre, savoir, que tous les auteurs anciens n'ont pas pris dans leurs classifications la nature pour guide, mais se sont fondés sur des distinctions entièrement artificielles; il ne sera pas non plus difficile de faire voir que toutes ces classifications artificielles peuvent être ramenées, en définitive, à celle adoptée du temps d'Hippocrate.

I. Bien qu'Hippocrate n'eût jamais vu que des luxations en bas, *in alam*, il admettait comme possible quatre variétés : *en bas, en avant, en haut* et *en arrière* ou *en dehors*, c'est-à-dire qu'il menait, autour de la cavité glénoïde, quatre lignes, suivant la direction desquelles la luxation était rigoureusement possible.

Il ne faudrait pas s'en tenir avec une exactitude minutieuse au sens des mots *en bas* et *en haut ;* Hippocrate lui-même corrige la signification de l'un d'eux, en donnant comme synonymes les mots luxation *en bas* et luxation *dans l'aisselle*.

Quoi qu'il en soit, cette classification *à priori* d'Hippocrate va être un type autour duquel nous allons voir venir se ranger toutes les autres classifications, avec une confusion et des discussions interminables de mots.

II. D'Hippocrate, je passerai à J.-L. Petit, non pas que je veuille dire que les idées émises par ce dernier ne se trouvent pas dans des auteurs antérieurs; mais il les a nettement formulées, et puis ses ouvrages sont les plus classiques. D'ailleurs, c'est surtout avec lui que commence la discussion de mots dont je viens de parler.

J.-L. Petit admet aussi quatre variétés de luxations de l'épaule, savoir : *en bas, en dehors*, *en dedans* et *en devant*. Cette classification, toute différente de la précédente

au premier abord, est cependant la même. En effet, J.-L. Petit commence par dire que les luxations *directement en haut* sont impossibles, à cause de la disposition de la voûte acromio-coracoïdienne. Mais, je l'ai déjà dit, il ne faut pas prendre le sens rigoureux des mots employés par Hippocrate, puisque lui-même corrige les mots : luxation en bas, par les mots : luxation dans l'aisselle. Si l'on m'accorde ce fait, et comme, dans la luxation *en dedans* de J.-L. Petit, la tête de l'humérus est située « sous le grand pec« toral, sur le grand dentelé, entre l'apophyse coracoïde et « la clavicule, » il est évident, ce me semble, que la luxation *en devant* de J.-L. Petit est tout simplement la luxation en haut d'Hippocrate. Pour achever de montrer l'identité complète des deux classifications, il reste une difficulté à lever. J.-L. Petit regarde les luxations *en bas* comme étant les plus rares, tandis qu'Hippocrate regarde les luxations *en bas* ou *dans l'aisselle* comme de beaucoup les plus communes, et que ce sont les seules qu'il ait observées. Ceci n'est pas difficile à expliquer. Hippocrate avait dû voir bon nombre de luxations, et il est difficile de croire qu'il n'en ait vu que d'un seul genre; le mot même de luxation dans l'aisselle, qu'il emploie, prouve le contraire. Dans les trois variétés de luxations (en bas, en avant et en haut), la tête de l'humérus est sentie toujours, plus ou moins aisément, il est vrai, lorsqu'on porte la main dans le creux de l'aisselle; Hippocrate aura observé ce fait et aura par suite confondu en une seule toutes les variétés des luxations scapulo-humérales qui ne se font pas en arrière; dès-lors il n'a pu évidemment en observer que d'une sorte.

Je reviendrai plus tard sur les opinions de J.-L. Petit; je m'occupe ici des classifications, et je pense avoir prouvé

que celles de J.-L. Petit et d'Hippocrate sont les mêmes, seulement les mots sont changés; les luxations *en bas* et *en dehors* sont les mêmes dans les deux classifications; mais la luxation *en devant* de J.-L. Petit est la luxation *en haut* d'Hippocrate, et la luxation *en dedans* de J.-L. Petit est la même que la luxation *en avant* d'Hippocrate. Voilà donc déjà les mêmes mots, *luxation en devant*, qui désignent deux ordres différens de luxations.

Dans l'examen que je viens de faire de la classification de J.-L. Petit, je ne suis pas du tout de l'avis de ceux qui regardent la luxation en dedans de cet auteur comme analogue de la luxation en bas d'Hippocrate. On s'est sans doute fondé, pour faire ce rapprochement, sur ce que le premier regarde la luxation en dedans comme la plus commune, et que le second a observé seulement des luxations en bas ou *dans l'aisselle*, qui sont par conséquent pour lui les plus fréquentes : ceci n'est pas valable, si l'on admet l'explication que j'ai donnée de cette dernière opinion d'Hippocrate. On serait en outre peu fondé, si l'on voulait établir l'identité de ces deux sortes de luxations sur l'identité des mots employés par leurs auteurs, Hippocrate disant que dans toutes les luxations observées par lui, la tête de l'humérus se trouvait dans l'aisselle, et J.-L. Petit disant que dans les luxations *en dedans* la tête humérale « peut *se trouver dans* « *le creux de l'aisselle*. » C'est tellement évident, que je n'ai pas besoin de m'y arrêter davantage.

III. Lorsqu'on lit les divers auteurs qui ont parlé de l'historique des luxations de l'épaule, au moins depuis Desault, on n'en trouve pas un qui ne répète le fait suivant : « Heister admit les idées de J.-L. Petit, seulement il fit connaître un nouveau mode de luxation, celui dans lequel la tête de

l'humérus se trouve logée entre la fosse sous-scapulaire et le muscle sous-scapulaire. » D'après cela, Heister aurait proposé la classification suivante : luxation *en avant* sous le grand pectoral, luxation *en arrière* dans la fosse sous-scapulaire, luxation *en dehors*, et luxation *en bas*. Le choix des mots ici me semblait fort malheureux, puisque dans la luxation *en arrière* la tête de l'humérus serait située plus en avant que dans la luxation en dehors. Mais ce n'était pas là la chose principale : cette classification, si elle avait été réellement proposée, ne serait, pour ainsi dire, et sauf quelques modifications, que celle de M. Velpeau; aussi je me suis empressé de lire, avec beaucoup de soin, tout ce que Heister a écrit sur les luxations, et, malgré toute ma bonne volonté, il m'a été impossible de trouver dans son ouvrage rien d'analogue à l'opinion qu'on lui prête; chacun va en être juge aisément. Je ferai d'abord remarquer que Heister, dans l'introduction de ses *Institutiones chirurgicæ* (1), signale aux élèves les principaux auteurs qui ont écrit sur chaque affection, et se cite lui-même dans les cas où il a fait des recherches particulières : or, s'il avait proposé une nouvelle classification, ou signalé un genre nouveau de luxations de l'épaule, il se serait évidemment cité à la page 10 de son introduction, lorsqu'il énumère les noms des chirurgiens qui se sont occupés en particulier des fractures et des luxations; ce qu'il n'a pas fait. Cette raison seule ne serait pas concluante; j'arrive aux preuves.

A la page 243 du tome Ier, Heister établit, de la manière suivante, la classification des luxations de l'épaule : « Ac « prolabi quidem humerus ut plurimum solet modo *sub* « *alam*, modo *in partem priorem*, modo etiam *in partem*

(1) Deuxième édit. latine in-4, Amsterdam, 1750.

« *posteriorem infra ipsas scapulas* : rarius in inferiorem, et « quidem ad lineam; nunquam autem in partem superio- « rem, nisi.... etc.... ». Je suppose que quelque traducteur aura entendu par ces mots, *in partem posteriorem infra ipsas scapulas*, luxation en arrière dans la fosse sous-scapulaire. On aurait pu éviter cette erreur en traduisant d'une manière exacte; mais en supposant même, ce qui n'est pas, que les mots *infra ipsas scapulas* soient un peu obscurs, rien n'était plus facile que de connaître d'une manière exacte l'opinion de Heister. Si on l'avait voulu, on aurait pu trouver à la page 223 du même tome, la classification suivante des luxations scapulo-humérales : « Os humeri excidit autem et « in partem exteriorem, et in interiorem, et in inferiorem, « nunquam autem sursum, nisi si acromion vel processus « coracoïdes simul frangitur ». C'est exactement, comme on voit, la classification d'Hippocrate, avec les mêmes termes, sauf les luxations en haut. Maintenant, il faut avouer qu'il y a dans Heister quelque chose d'obscur, car, après avoir limité d'une manière si explicite les luxations de l'épaule au nombre de quatre, il en admet ensuite cinq, ainsi que le prouve ma première citation, savoir : dans l'aisselle, en avant, en arrière, en bas, et en haut, cette dernière impossible, s'il n'y a en même temps fracture des apophyses coracoïde et acromion; mais dans aucun cas, je ne vois poindre l'ombre d'une luxation où la tête de l'humérus occuperait la fosse sous-scapulaire.

Je serais assez porté à croire, qu'il y a une répétition dans la phrase que j'ai citée. En effet, si, continuant à la page 243, on lit ce que Heister dit des signes des luxations, on voit qu'il parle d'abord des luxations en bas « ubi deorsum humerus « excidit », puis des luxations en avant et en bas : « ubi in

haut, Boyer niant que ces luxations puissent avoir lieu en devant, c'est-à-dire de telle sorte, que la tête de l'humérus soit logée entre le muscle grand pectoral et le muscle grand dentelé; il est de fait que J.-L. Petit n'indique pas du tout le chemin que suit la tête de l'humérus, pour se trouver ainsi placée.

VI. Les mêmes opinions ont été adoptées depuis par Dupuytren, par MM. Marjolin et Sanson, qui ont considéré les luxations en dedans comme synonymes des luxations en avant, et qui ont rejeté ou adopté les luxations en haut.

Jusqu'à présent donc, au lieu de cette grande divergence d'opinions qu'on pourrait s'attendre au premier abord à rencontrer, tous les auteurs ont répété successivement et à-peu-près les mêmes choses, en se servant de mots différens sur lesquels ils discutaient, ou tout au plus, en variant sur quelques points accessoires. Nous en revenons toujours à cette classification : luxations en avant, en bas ou dans l'aisselle, en arrière ou en dehors, en haut ou sous-claviculaires. Seulement, les limites entre ces genres tout artificiels sont si peu établies, que les auteurs ne s'entendent nullement sur la fréquence respective de chacun d'eux, ni sur leur mode de formation.

Nous arrivons enfin aux quatre auteurs récens, qui ont proposé des classifications plus ou moins différentes de celle d'Hippocrate, mais du moins en se fondant sur la seule base solide, l'anatomie pathologique.

VII. Et d'abord sir Asthley Cooper. Laissons de côté pour le moment les luxations incomplètes sur lesquelles je dirai bientôt un mot. A. Cooper nie les luxations consécutives et admet trois ordres de luxations, qui sont par ordre de fréquence : luxations en bas et en dedans, ou dans l'aisselle;

luxations en avant, derrière le muscle grand pectoral; luxations en arrière. Ce n'est plus du tout la classification d'Hippocrate. A. Cooper réunit les luxations en bas et la plupart des luxations en avant, dans sa première classe; dans la seconde, sont comprises les luxations en haut d'Hippocrate (luxations en devant de J.-L. Petit) et probablement quelques-unes des luxations en avant; quant à la troisième classe, elle est la même que les luxations en dehors ou en arrière des auteurs précédens. Voici une classification qui se rapproche singulièrement de la vérité et qui sert de transition entre celle d'Hippocrate et celle de M. Velpeau.

VIII. En 1830, M. Malgaigne ayant fait des expériences sur le cadavre, fut tout étonné de se trouver presque constamment en désaccord, dans les résultats qu'il obtenait, avec les opinions émises par tous les auteurs (Il ne connaissait pas alors, ainsi qu'il le dit lui-même, les travaux de sir A. Cooper, ou du moins il les connaissait d'une manière très vague, d'après quelques extraits rapportés dans le Dictionnaire de Samuel Cooper). Dans le mémoire qu'il publia en 1830 dans le *Journal des progrès*, se trouve aisément l'origine de la classification qu'il proposa plus tard en 1835, classification qui comprend cinq genres de luxations. L'un de ces genres est constitué par les luxations incomplètes; je le mets de côté pour le moment. Les quatre autres sont: la luxation dans l'aisselle ou *sous-coracoïdienne*, la luxation en dedans ou *sous-scapulaire*, la luxation véritable *en bas*, et la luxation en arrière ou *sous-acromiale*.

On voit déjà par les dénominations qu'emploie M. Malgaigne, la grande différence qui existe entre sa classification et les précédentes. M. Malgaigne ne dit plus : il y a à la cavité glénoïde un côté interne et un côté externe, par exem-

ple; si la tête de l'humérus sort par l'un ou par l'autre, il y aura luxation en dedans ou en dehors, sans s'inquiéter aucunement des rapports de la tête déplacée. Il suit, dans son trajet, la tête de l'humérus, il étudie la place qu'elle occupe dans les luxations, les rapports qu'elle affecte avec les parties voisines, et c'est d'après ces rapports, desquels il déduira plus tard d'excellens signes de diagnostic, qu'il nomme les diverses variétés de luxations.

Mais cette classification et les dénominations elles-mêmes ne sont pas, bien s'en faut, exemptes de reproches. On retrouve là les résultats d'expériences patiemment faites sur le cadavre, et non d'une étude clinique des luxations scapulo-humérales. M. Malgaigne, comme il est aisé de s'en assurer en lisant son mémoire dans le *Journal des progrès*, a produit la plupart des luxations sur le cadavre, en tirant violemment le bras en haut et un peu en arrière, c'est-à-dire par le mécanisme suivant lequel se produisent les luxations *sous-pectorales* sur le vivant; et comme c'est à-peu-près le seul mode de luxation qu'on puisse produire sur le cadavre, il en a conclu que les luxations *sous-coracoïdiennes* sont les plus communes de toutes. Eh bien! c'est là une erreur complète; on pourrait mettre M. Malgaigne au défi de prouver son assertion par une série d'observations régulièrement prises aux lits des malades; bien mieux même, je prouverai bientôt le contraire par un relevé d'observations prises dans le service de M. Velpeau. A l'inverse de M. Malgaigne qui n'a pu trouver que trois observations de luxations sous-scapulaires, je prouverai que celles-ci sont de beaucoup les plus fréquentes.

Quelle nécessité d'admettre la luxation véritable *en bas*, comme genre distinct? Les observations de ces luxations ne

se rapportent-elles pas évidemment à des luxations *sous-coracoïdiennes* exagérées, c'est-à-dire, avec des désordres plus graves? Ceci est de toute évidence; mais le mot *sous-coracoïdienne*, employé par M. Malgaigne, le liait ici et c'est là la meilleure preuve de l'imperfection de ce mot. On aurait pu passer, et encore je ne l'accorde pas, à M. Malgaigne, d'appeler sous-coracoïdiennes des luxations dans lesquelles la tête de l'humérus est située tantôt auprès et au-dessous de l'apophyse coracoïde, tantôt et souvent à une distance de plus d'un demi-pouce; mais il aurait été un peu trop fort d'appeler ainsi des luxations où la tête de l'humérus est ou peut être éloignée d'un pouce et demi au moins de l'apophyse coracoïde. Autant vaudrait appeler sous-claviculaires toutes les luxations qui se font en avant de la cavité glénoïde, car dans toutes, la tête de l'humérus est placée plus au moins loin au-dessous de la clavicule. Aussi M. Malgaigne a-t-il été forcé d'admettre un genre inutile de luxations.

IX. Je ne m'arrêterai pas long-temps sur le travail de M. Sédillot, qui est presque entièrement relatif à l'anatomie pathologique dont l'auteur a, pour ainsi dire, abusé dans sa classification. Certainement, le travail de M. Sédillot a une grande importance; toutes les variétés signalées par lui et même d'autres (telles que la luxation prétendue incomplète, dont l'observation a été publiée par M. Laugier) existent et doivent être connues de tous les chirurgiens. Mais M. Sédillot pourrait-il dire en quoi les variétés *α*, *β*, *δ*, par exemple (luxations incomplète, sous-coracoïdienne, sous-scapulaire) diffèrent *sur le vivant* dans leurs causes ou leurs signes, et quelles modifications la connaissance de ces variétés peut apporter dans le traitement?

De toutes les classifications dont j'ai parlé jusqu'à présent,

aucune n'est donc satisfaisante pour l'esprit et ne représente ce qui existe réellement dans la nature. Dans la classification d'Hippocrate ou de ses contemporains, adoptée par presque tous les auteurs anciens et modernes, il existe un vague, une confusion, un arbitraire déplorables et impossibles à éviter, tant que l'on ne fondait pas cette classification sur l'étude même de la nature. A. Cooper, pour éviter cette confusion, tombe un peu dans un autre extrême, en réunissant dans un même groupe (luxations en bas et en dedans, ou dans l'aisselle) des variétés très distinctes. La classification de M. Malgaigne, telle qu'il l'a publié en 1835, quoique se rapprochant assez de la vérité, est inexacte dans les dénominations employées et en elle-même, parce qu'elle est fondée sur des expériences insuffisantes faites sur le cadavre. M. Sédillot crée autant de classes de luxations qu'il trouve de variétés plus ou moins sensibles dans la position de la tête humérale luxée, au lieu d'établir des groupes principaux et de faire rentrer l'étude des variétés individuelles dans l'histoire anatomo-pathologique de chacun de ces groupes. Par conséquent, il était nécessaire d'avoir une nouvelle classification établie d'après les principes que je viens d'indiquer, et c'est ce qu'a fait M. Velpeau, fondé sur l'examen attentif d'un grand nombre de malades.

X. M. Velpeau admet maintenant trois genres de luxations scapulo-humérales, pouvant ensuite offrir, chacun, des variétés peu importantes sous le rapport des causes, des signes et du traitement, importantes seulement sous le point de vue de l'anatomie pathologique. Ces genres sont : les luxations *sous-pectorales*, *sous-scapulaires* et *sous-épineuses*. Si l'on veut, en procédant dichotomiquement, M. Velpeau divise les luxations de l'épaule en antéro-internes et postéro-ex-

ternes. Les premières se subdivisent ensuite en sous-pectorales et sous-scapulaires.

Luxations	en avant	1er genre ; sous-pectorales.
		2e genre ; sous-scapulaires.
	en arrière	3e genre ; sous-épineuses.

Dans le premier genre, la tête de l'humérus est coiffée immédiatement par le muscle sous-pectoral ; dans le second, elle est coiffée par le muscle sous-scapulaire ; dans le troisième, par le muscle sous-épineux. La dénomination de sous-épineuse ne veut pas dire du tout que la tête humérale soit située sous l'épine scapulaire, raison sur laquelle se fondent ceux qui veulent la remplacer par la dénomination de sous-acromienne. Chaque genre présente ensuite une, deux, ou trois des variétés signalées par M. Sédillot, et dont une des plus importantes, la luxation sous-claviculaire, dont M. Velpeau avait cru d'abord devoir faire un genre à part, à l'exemple de sir A. Cooper, rentre tout naturellement dans la luxation sous-scapulaire. Après cela, on signale à part, comme des faits rares, exceptionnels et ne pouvant pas rentrer dans une classification générale, les faits tels que la luxation dite incomplète par M. Laugier, la luxation intercostale dont M. Sédillot veut faire un genre à part, sur une seule observation, etc......

Les dénominations employées par M. Velpeau sont, il me semble, heureusement choisies. Elles sont toutes trois uniformes, et elles expriment un même rapport constant, immédiat, celui qu'affecte la tête humérale déplacée, avec les muscles avoisinant l'articulation ; rapport qui est toujours le même dans toutes les variétés que présente chaque genre. Ainsi, dans les luxations sous-scapulaire, sous-coracoïdienne et sous-claviculaire de M. Sédillot, qui résultent de ce que la tête de l'humérus est située plus ou moins haut, plus ou

moins bas dans la fosse sous-scapulaire, cette tête est toujours coiffée par le muscle pré-scapulaire.

Jusqu'à présent, j'ai laissé entièrement de côté la question des luxations incomplètes, sur laquelle je vais dire quelques mots, car elle est résolue, je pense, aujourd'hui. S'il s'agit de luxations incomplètes, dans le genre de celles que M. Malgaigne a produites sur le cadavre, après avoir débarrassé l'articulation de tous ses muscles, sans que la capsule soit rompue, et dont il parle dans le *Journal des Progrès*, elles sont tout simplement impossibles. Je ne dirai pas qu'elles sont impossibles lorsque le bord de la cavité glénoïde est écrasé (ce qui n'a jamais été vu de manière à pouvoir donner lieu à ce genre de luxation); car il est évident que si entre la cavité glénoïde et la fosse sous-scapulaire, il se trouve accidentellement une autre cavité, la tête de l'humérus pourra s'y arrêter. Mais je dis que tant que la cavité glénoïde est dans son état normal, et *peut-être* même sans cela, car le contraire n'a pas encore été prouvé, les luxations incomplètes sont impossibles. On avait bien cité à l'appui de l'existence de ces luxations, ces autopsies de luxations anciennes, où la tête humérale était en partie dans la place qu'avait dû occuper primitivement la cavité glénoïde, en partie en dehors. On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir là-dessus, à quoi cela est dû. Dans les luxations anciennes non réduites, lorsque la tête de l'humérus repose sur le col de l'omoplate, par suite des mouvemens qu'exécutent peu-à-peu les malades, les surfaces osseuses s'usent, se déforment; la tête souvent se divise en deux par une rainure qui finit par se trouver à cheval sur le bord usé et déformé de la cavité glénoïde. Quant à la luxation prétendue incomplète de M. Laugier, dans laquelle la capsule étant déchirée, et le

bras ayant exécuté une rotation en-dehors, la grosse tubérosité correspondait à la cavité glénoïde, je n'ai jamais pu comprendre pourquoi, et dans quel sens, M. Laugier avait nommé cette luxation incomplète.

En résumé, il n'existe pas encore un cas démontré de luxation incomplète récente de l'épaule, et ce genre de luxation est impossible avec des surfaces osseuses dont la forme est à l'état normal.

§ 2. — **Mécanisme des luxations scapulo-humérales.**

En entrant dans ce second paragraphe, je ferai remarquer la nécessité de la restriction que me suis posée en commençant mon travail. Je ne dois m'occuper que du mécanisme des luxations sous-scapulaires et sous-pectorales, les seules qui aient été observées dans le service de M. Velpeau. Si je voulais parler aussi des luxations sous-épineuses, que pourrais-je ajouter aux détails plus ou moins vagues, plus ou moins hypothétiques qu'ont donné les divers auteurs? Absolument rien, puisque je n'ai pas pu voir de luxations de cette espèce. Pour les deux autres genres de luxations, je ne fais aussi en grande partie, il est vrai, que reproduire des idées émises par M. Velpeau dans ses ouvrages ou dans ses cours, et par quelques autres auteurs; mais au moins je les reproduis sanctionnées par l'observation des faits, de manière à les rendre plus certaines.

Les chirurgiens ont tout autant varié sur le mode de production des luxations scapulo-humérales que sur leur classification; ils ont varié même davantage, car pour les classifications, ils ne différaient le plus souvent que sur le sens des mots employés, tandis que pour le mécanisme, ils ont

émis souvent des opinions radicalement opposées ; mais jamais aucun, à l'exception de M. Velpeau, n'a admis et démontré un mécanisme particulier et très distinct, pour chaque genre de luxation. Comment l'auraient-ils fait d'ailleurs, puisque les genres de luxations qu'ils admettaient, n'existaient que dans leur imagination?

Les luxations scapulo-humérales sont produites par des causes qui agissent tantôt *directement* sur l'épaule même, tantôt indirectement, c'est-à-dire, en un point, quelconque du membre supérieur, l'épaule exceptée.

Les premières, celles par cause directe, ont été niées à tort par plusieurs chirurgiens et négligées par d'autres. On en possède aujourd'hui un assez bon nombre d'observations, auquelles nous pouvons en joindre deux autres ; l'une relative à un malade entré dans les salles de la Charité pour une luxation de l'épaule survenue dans une chute, tandis que le jeune homme dont il s'agit avait sa main complètement engagée dans la poche de son pantalon, de telle sorte que dans la chute qui a eu lieu dans la rue, la violence n'a pu porter ni sur la main, ni sur le coude, suffisamment pour produire la luxation, et a porté sur l'épaule ; le second fait est important à signaler, parce qu'il provient d'un chirurgien instruit, M Rigal, de Gaillac, dont le bras a été luxé par suite d'une chute directement sur l'épaule. Dans le cas observé dans le service de M. Velpeau, la luxation n'était accompagnée d'aucune complication. (1)

(1) J'ai aussi observé un fait de ce genre. Un soldat du 54.e régiment de ligne, homme de confiance d'un chef de bataillon de ce corps (M. de St.-Clair), menait le cheval de son maître à l'abreuvoir. Le cheval, imprudemment lancé au trot sur un pavé verglacé, manqua des quatre jambes, au détour d'une rue ; le cavalier, lancé assez loin, tomba sur l'épaule droite et

Relativement aux causes indirectes, les auteurs sont loin d'être d'accord sur leur mode d'action ; ils ont tous raison, je crois, et n'ont d'autre défaut que d'être trop exclusifs.

Un mécanisme négligé par les auteurs modernes et qui existe réellement, est le suivant : que le bras soit ou non écarté du tronc, si une violence extérieure assez considérable vient à agir sur le coude ou sur la main, l'avant-bras étant étendu sur le bras, la tête humérale peut glisser et sortir de la cavité glénoïde en déchirant la capsule directement.

Un autre mécanisme est celui dans lequel le bras est converti en un lévier, ce qui peut avoir lieu de plusieurs façons. Tantôt, le bras étant plus ou moins écarté du tronc, mais ne dépassant guère une direction horizontale, est en même temps porté en arrière, et dans ce moment il se produit une chute sur le côté ; le coude rencontre le premier le sol, et est fortement repoussé en arrière ; l'humérus exécute un mouvement de bascule, de façon que la tête, poussée à-la-fois en dehors et en avant, déchire la capsule et va se loger entre le muscle sous-scapulaire et l'omoplate ; il y a

sur le côté correspondant de la tête. Il y eut perte assez prolongée de connaissance. Quand on transporta le blessé au quartier, je constatai une luxation dans l'aisselle, qu'il me fut très facile de réduire. Du reste, pas plus que dans le cas du service de M. Velpeau, il n'y eut de complications, seulement les mouvemens furent long-temps à se rétablir, et l'articulation resta douloureuse pendant plus d'un mois. Cela seul prouverait bien qu'en effet la luxation avait eu lieu directement. On ne comprend une telle persistance de la douleur et de la difficulté des mouvemens qu'en raison de la violence immédiatement soufferte par l'épaule. Cette preuve, au surplus, n'était aucunement nécessaire. Toutes les personnes présentes à la chute étaient unanimes sur la manière dont elle s'était faite. Il est remarquable que, la violence ayant directement porté sur l'épaule et ayant été assez forte pour déplacer l'os, il n'y ait pas eu d'ecchymose sur cette partie.

MARCHAL (de Calvi).

luxation sous-scapulaire. Tantôt, au contraire, le bras est fortement élevé, presque dans la direction du corps; alors, ainsi que l'a démontré M. Malgaigne, il y a aussi un mouvement de bascule, l'humérus agit aussi comme un lévier; d'abord, le trochiter vient heurter contre le bord supérieur de la cavité glénoïde et constitue un premier point d'appui qui change bientôt, car le mouvement de bascule continuant, le trochiter, à son tour, est déplacé, et c'est la face externe de l'humérus lui-même qui, venant heurter la voûte coraco-acromiale, sert de point d'appui. De là résultera, ainsi que nous le dirons tout-à-l'heure, une luxation sous-pectorale.

Jusque-là, nous considérons l'humérus agissant comme un lévier du premier genre, et cette action est incontestable. Mais une opinion beaucoup trop exclusive ne rapporte pas seulement le déplacement à cette action du lévier; elle fait intervenir, comme agent principal, la force musculaire, et convertit le bras en lévier du troisième genre. En effet, dans une chute, lorsque le bras est écarté du tronc et que le coude touche le sol, on est porté, disent les partisans de cette opinion, à ramener involontairement ou volontairement le bras vers le corps, et, dans ce but, on contracte les muscles grand pectoral, grand rond et grand dorsal; ces muscles constituent la puissance d'un lévier, dont le point d'appui est au point du sol sur lequel le coude est fixé, et dont la résistance, représentée par la capsule, est bientôt surmontée. Ceci est du raisonnement tout pur, et du raisonnement assez peu fondé. Certes, je suis loin de rejeter l'influence des contractions musculaires sur la production des luxations; il est évident que cette influence est immense, que c'est elle qui rend illusoire beaucoup des résultats ob-

tenus par les expériences sur le cadavre. Mais je dis que cette influence est presque inconnue actuellement, même presque inappréciable, tant sont variées les conditions dont il faudrait tenir compte pour arriver à un résultat certain. Dans des questions aussi obscures, les raisons pour et contre une opinion, quelle qu'elle soit, sont aussi valables les unes que les autres.

Et, par exemple, qu'est-ce qui me prouve que dans une chute, on soit porté à rapprocher le bras du corps? Pourquoi ne serait-on pas porté plutôt à l'éloigner? Pourquoi, à ne pas le laisser en place? Bien mieux, dans l'observation que je rapporterai plus loin, il est prouvé que la femme, en tombant, a cherché à écarter son bras du corps. Rien donc ne justifie cette assertion, rien ne la prouve; on a besoin de faire contracter certains muscles pour arriver à une explication qui vous sourit, et pour cela on imagine un mouvement dont l'existence est très contestable. Maintenant, en admettant même que ce mouvement ait lieu, ou du moins qu'on cherche à le produire dans certains cas, il est vraiment très commode de dire qu'il en résultera tel ou tel effet qu'on désire, en ne considérant que les muscles propres à produire cet effet. Evidemment, si les muscles grand dorsal, grand rond et grand pectoral se contractent, ils ne sont pas les seuls; ces muscles, comme tous les autres dans l'économie, ont indispensablement des antagonistes, tels sont, dans le cas actuel, les sus-épineux, sous-épineux, même dans certaines positions du bras, une grande partie des fibres antérieures et postérieures du muscle deltoïde. Outre cette condition de l'antagonisme, qu'il serait encore aisé, dans l'esprit de certaines personnes, de mettre de côté, jusqu'à un certain point, en disant que l'action des muscles sus et sous-épineux et

d'une partie du deltoïde est insuffisante pour contrebalancer l'action de muscles aussi puissans que le grand pectoral et le grand dorsal, ce qui serait encore assez difficile à démontrer par des raisons incontestables; outre cette condition, dis-je, il en existe bien d'autres dont il est indispensable de tenir compte. Ainsi, la direction de l'humérus par rapport à l'omoplate, a ici une influence considérable. Tant que le bras ne dépasse pas une position horizontale, l'action musculaire est nulle pour produire une luxation; les muscles grand dorsal et grand pectoral contrebalançant leurs actions antagonistes, tirent la tête de l'humérus directement en bas, dans le cas bien entendu où le coude est fixé; mais il existe là une résistance considérable, un plan incliné représenté par la cavité glénoïde qui regarde comme on sait très sensiblement en haut, résistance d'autant plus grande, que le bras est moins écarté du corps: voilà donc une cause très influente de déperdition de force; joignez-y l'action contraire des muscles antagonistes, et il ne restera pas grand'chose propre à contrebalancer la grande résistance qu'opposent la capsule et le ligament coraco-huméral. Lorsque le bras est plus élevé que dans la position horizontale, l'insertion des muscles pectoraux et dorsaux devient de plus en plus oblique, et par suite, l'intensité de leur action est beaucoup moindre, il y a dans tous les cas une déperdition énorme de forces; en même temps, l'insertion des muscles sus et sous-épineux devient de plus en plus perpendiculaire à la direction de l'humérus, et par suite ces muscles agissent avec plus d'intensité.

Je ne donne pas toutes ces raisons comme très concluantes, mais je soutiens qu'elles le sont autant que celles avancées pour prouver que les muscles grand dorsal et grand

pectoral jouent un grand rôle dans les luxations scapulo-humérales. Ce rôle est nul dans toutes les luxations qui ont lieu par cause directe, ou bien par suite d'un simple glissement de l'humérus; il est nul aussi dans une position telle de l'humérus que l'action de ces muscles tend seulement à presser la tête humérale contre la cavité glénoïde, c'est-à-dire dans une position telle que la résultante des forces musculaires soit perpendiculaire au plan de la cavité glénoïde; il est nul dans tous les cas où l'humérus est dans une position telle qu'il est plus rapproché du corps que dans la position dont je viens de parler; enfin, il est très contestable dans tous les autres cas.

Pour nous résumer, voici, à ce qu'il me semble, le mécanisme le plus probable des luxations scapulo-humérales.

Les luxations sous-scapulaires peuvent se produire de plusieurs manières : 1° Dans tous les cas où la luxation est le résultat d'une cause directe ou bien d'une cause indirecte donnant lieu violemment à un glissement trop étendu de la tête humérale sur la cavité glénoïde; ainsi, dans une chute ou un coup violent portant directement sur le moignon de l'épaule; ainsi, dans une chute sur le coude directement, le bras étant porté un peu en arrière, de sorte que le poids du corps, joint à la vitesse de la chute, tend à faire glisser la tête de l'humérus entre la fosse sous-scapulaire et le muscle du même nom. 2° Dans tous les cas où l'humérus agit comme lévier pour rompre la capsule, lorsque le bras n'est que dans une position horizontale ou, tout au plus, un peu au-dessus de la position horizontale, et, dans tous les cas, lorsque le coude est porté en arrière, soit avant la chute, soit par le fait même de cette chute ou de la violence extérieure, car on conçoit que cela revient au même; alors l'humérus agit sur-

tout comme lévier du premier genre, et quelquefois il est possible, mais nullement démontré, que par suite de la contraction musculaire, il soit converti en un lévier du troisième genre. Il y a encore un cas où l'humérus peut agir comme un lévier du troisième genre, c'est celui dans lequel le coude étant fixé, une violence extérieure vient à agir sur la continuité du bras. Je n'ai pas parlé plus haut de cette circonstance qui se comprend, du reste, avec la plus grande facilité.

Les luxations sous-pectorales ne peuvent avoir lieu qu'autant que le bras se trouve fortement élevé et un peu porté en arrière. Voici ce qui arrive alors. Suivons d'abord ce qui se passe avant le moment où a lieu la luxation. L'humérus en se relevant, ainsi que je viens de le dire, se dispose de façon que sa face externe devient interne; la tête en glissant sur la cavité glénoïde de haut en bas, vient faire saillie dans l'aisselle, à-peu-près vers l'espace qui sépare le muscle sous-scapulaire du grand rond; par suite du même mouvement, le trochin sur lequel s'insère le muscle sous-scapulaire vient se placer tout-à-fait en dedans de la tête humérale. Si alors une violence brusque vient à agir sur le bras, de dehors en dedans, l'humérus agit sur la capsule comme un lévier du premier genre; la puissance est représentée par la violence extérieure; la résistance est au point de contact de la tête humérale avec la capsule; le point d'appui varie: il est d'abord sur le trochiter, lorsque celui-ci heurte le bord glénoïdien, puis sur la face externe, devenue interne, de l'humérus lorsqu'elle heurte la voûte coraco-acromiale. En admettant l'opinion adoptée par Boyer, il y aurait ici un lévier du troisième genre, et non du premier genre; on considère la violence ou la résistance du sol comme le point d'appui, la force musculaire des grand dorsal, grand rond et grand

pectoral comme la puissance, la résistance restant la même. Quelle que soit celle de ces deux opinions qu'on adopte, l'effet produit n'en est pas moins toujours le même. La tête de l'humérus faisait saillie en bas, dans l'aisselle, vis-à-vis l'intervalle des muscles sous-scapulaire et grand rond; c'est donc nécessairement en ce point que la capsule sera rompue et que la tête de l'humérus se montrera à nu dans l'aisselle, après avoir écarté ou même déchiré quelques fibres de l'un ou de l'autre de ces muscles, ou de tous les deux. Jusqu'ici, le bras reste toujours élevé; mais il arrive que le malade lui-même ou des personnes étrangères, par suite de mouvements imprimés, en produisent l'abaissement; la tête de l'humérus ne peut plus sortir du creux de l'aisselle où elle est à nu, revêtue seulement par la peau et le tissu cellulaire adipeux, et elle y reste, en ayant tantôt au-dessus d'elle et à son côté interne et postérieur, tantôt même derrière elle, entre elle et la fosse sous-scapulaire, tout ou partie des fibres du muscle sous-scapulaire. Je sais qu'une partie de ceci est nié par quelques chirurgiens; je démontrerai plus loin la vérité de ce que j'avance.

Dans le mécanisme des luxations scapulo-humérales, tel que je viens de l'exposer, il y a une partie certaine et une partie qui n'est pas rigoureusement démontrée. Ce qui est certain, c'est que les luxations sous-pectorales n'ont lieu que dans les cas où le bras est fortement élevé et porté en arrière; toutes les fois qu'on voit une luxation sous-pectorale on peut affirmer qu'elle s'est produite de cette manière: ceci n'est pas seulement une idée théorique, c'est un fait démontré par l'observation clinique, toutes les fois qu'il est possible (et le fait n'est pas rare) de faire constater exactement comment la luxation s'est produite. La partie non encore

rigoureusement démontrée est celle relative à ce qui se passe réellement dans l'instant même de la luxation; il y a à ce sujet deux théories: l'une qui néglige à tort probablement l'influence musculaire, et l'autre qui fait jouer à la contraction un rôle qui n'est rien moins que justifié. Cette question ne pourrait être définitivement résolue que lorsqu'on sera en mesure d'apprécier exactement dans toutes les conditions imaginables, la force, la direction, l'intensité des actions musculaires, non-seulement considérées isolément, mais encore combinées. Or nous sommes encore singulièrement éloignés de cette solution.

De ce qui précède, on pourrait avec la plus grande facilité conclure *à priori* que les luxations sous-pectorales sont bien moins fréquentes que les luxations sous-scapulaires, puisque les premières exigent pour avoir lieu une condition toute spéciale, une disposition toute particulière du bras avant le moment de la luxation, tandis que les secondes peuvent avoir lieu dans une foule de conditions différentes. Bien que ce raisonnement soit très fondé, on a fait si souvent un tel abus des raisonnemens *à priori*, on en a si bien trouvé pour justifier toutes les théories vraies ou fausses, pour expliquer des faits même qui n'existaient pas, que ces raisonnemens à eux seuls ne sauraient être concluans; ils peuvent seulement venir en aide aux faits bien observés: c'est ce qui a lieu dans le cas actuel. Je regrette beaucoup ici que plusieurs des observations des luxations scapulo-humérales, prises dans le service de M. Velpeau, aient été égarées; le nombre des luxations sous-scapulaires est de beaucoup plus considérable que celui des luxations sous-pectorales dans les observations que M. Velpeau a bien voulu me confier; mais on pourrait jusqu'à un certain point me demander si, parmi les

observations égarées, ne se trouveraient pas précisément un bon nombre de luxations sous-pectorales. Cela est possible quoique peu probable; aussi, je mettrai de côté les observations des années 1835, 36, 37 et 38; je ne me servirai pas même des observations des années 1839 et 1840; je puiserai seulement dans les observations que j'ai prises moi-même et dans les notes que j'ai recueilli à la clinique de M. Velpeau.

Depuis le 1er avril 1839, époque à laquelle j'ai commencé à suivre régulièrement le service de M. Velpeau, jusqu'à la fin de l'année 1840, il s'est présenté neuf ou dix cas de luxations de l'épaule. Je dis neuf ou dix cas, parce que je crois que l'un des malades, ou plutôt qu'une malade s'est représentée deux fois à la Clinique pour la même luxation; mes notes ne sont pas assez détaillées pour me permettre d'affirmer que cela soit en effet. Or, sur ces neuf ou dix cas, je puis assurer que, dans trois seulement, il s'agissait de luxations sous-pectorales; et comme diagnostic, en général très tranchée pour ces affections, est porté publiquement par M. Velpeau et vérifié par un grand nombre d'assistans, ce résultat est entièrement certain. Il est conforme d'ailleurs à ce que M. Velpeau a toujours observé, savoir que les luxations sous-scapulaires sont bien plus fréquentes que les luxations sous-pectorales. Ainsi les faits s'accordent parfaitement sur ce point avec la théorie.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE CHIRURGICALE.

Injections intra-utérines.

De temps à autre, il se produit ou se reproduit des questions qui fixent l'attention et soulèvent la discussion. Hier c'était l'introduction de l'air dans les veines ; aujourd'hui ce sont les injections intra-utérines ; demain ce seront les étranglemens herniaires, et ainsi de suite. Il se fait tout-à coup un grand bruit autour de la question soulevée ; les argumens se choquent ; puis tout rentre dans le silence. Que reste-t-il ? Il est difficile que l'on arrive à une solution. Les discussions chirurgicales se terminent bien rarement comme les théorèmes géométriques par le *dono* impérieux. Chacun demeure avec son opinion sincère ou simulée ; la masse flotte, incertaine, entre les avis opposés, et un nuage couvre toujours la vérité. C'est là essentiellement que nous paraît être l'avantage d'une Revue qui, lorsqu'une question a été discutée, réunisse tous les élémens de la controverse, les analyse froidement, les place impartialement en face l'un de l'autre, et, cette tâche accomplie, juge, ou laisse le public juger. Voilà ce que nous allons essayer de faire à l'égard des injections intra-utérines.

Il y a quelques mois, un de nos collaborateurs publia un mémoire sur une question nouvelle pour beaucoup de chirurgiens : *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice*. Le but de M. Vidal (de Cassis) était de faire connaître les résultats de sa pratique et ses expériences relativement *aux injections intra-vaginales* et *intra-utérines*, mais spécialement *intra-utérines*. Cette

brochure, d'ailleurs, devançait l'époque à laquelle son auteur voulait d'abord exposer ses recherches. Il le dit lui-même en ces termes, dans son *Avertissement*: « Je laisse détacher, bien à regret, ces quelques pages d'un livre qui ne devait voir le jour que fort tard. Il a fallu un puissant motif pour me décider à un pareil sacrifice. » Quel était ce motif? Nous croyons le connaître.

Pendant que M. Vidal, à l'hôpital de Lourcine, expérimentait les injections intra-utérines, et lorsqu'il avait déjà un certain nombre de faits satisfaisans, un autre chirurgien, de cet établissement essaya le même moyen, et n'ayant pas réussi, s'imaginant, en outre, avoir déterminé des accidens graves, publia les résultats de son fait unique, et, sans plus d'informations, condamna à une irrévocable proscription les injections utérines.

Loin de nous la pensée de blâmer ce praticien, dans sa précipitation. Le chirurgien qui, regardant un moyen comme dangereux, se hâte de le dire, alors même qu'il se trompe, ne saurait être sujet à reproche. Son but a été de servir l'humanité. Il a agi en honnête homme. Seulement, il est permis de rechercher s'il n'y pas eu erreur de sa part, et si, dans ses bonnes intentions, il ne s'est pas trop hâté. Nous croyons que M. Hourmann n'avait pas en main les élémens d'un jugement fondé; ce que nous démontrerons tout-à-l'heure. Quoi qu'il en soit, le fait dont il a été question venait d'être publié; un coup avait été porté aux injections intra-utérines qui risquaient d'être discréditées; il fallait les défendre. Voilà la cause déterminante de l'apparition prématurée de la brochure de M. Vidal.

Analysons ce travail; nous reprendrons ensuite la discussion.

L'auteur commence par jeter un rapide coup-d'œil sur les maladies auxquelles peuvent s'appliquer les injections. Ces maladies ont généralement pour symptôme principal, mais non caractéristique, bien entendu, un écoulement (flueurs blanches), et sont très variées. Elles diffèrent d'abord sous le rapport de leur siége. Ainsi elles affectent le vagin, les surfaces externe ou interne du col utérin, la surface interne de la matrice, voire même les trompes. Ensuite, elles diffèrent sous le rapport de leurs causes. Les unes sont sous l'influence exclusive d'une inflammation purement locale; les autres reconnaissent pour cause, outre l'état inflammatoire des parties même, un vice général, qui est le vénérien, le scrofuleux ou le dartreux; les autres, enfin, sont dues à un état purement constitutionnel. Il est évident que, pour ces dernières, la thérapeutique ne saurait être locale, de même que, pour les secondes, elle ne pourrait être telle exclusivement. Quand la maladie est sous l'influence d'un vice constitutionnel agissant comme cause unique, la thérapeutique doit s'adresser à la constitution entière. Quand il y a tout à-la-fois vice général et cause locale, ou plutôt état pathologique local, il faut agir localement et généralement, sur les parties malades et sur la constitution. Enfin, quand la cause est purement locale, locale aussi, essentiellement locale, doit être la médication.

Mais s'il est possible de porter un caustique directement sur les parois du vagin ou sur le col, celà n'est plus possible quand il s'agit de la surface interne de la matrice elle-même, autrement que par le moyen des *injections*. Voilà comment, de la manière la plus précise, a été parfaitement déduite, par M. Vidal, la nécessité de celles-ci; nécessité d'ailleurs irrécusable, car, ne parlons que des injections caustiques:

pourquoi les caustiques appliqués à la surface interne malade de l'utérus ne produiraient-ils pas des résultats avantageux, quand ils en fournissent de si heureux dans le traitement des affections du col?

Les caractères anatomiques des affections dont il s'agit, sont ainsi désignés par M. Vidal : 1° engorgemens; 2° rougeurs; 3° ulcérations.

Arrivons au point essentiel de la brochure de M. Vidal, les injections. L'auteur s'est occupé d'abord des injections intra-vaginales, telles qu'il les emploie à l'hôpital de Lourcine. « Le liquide est une décoction très concentrée de feuilles de noyer, à la température de la salle, quelle que soit la saison. L'instrument est une grosse seringue à lavement. Le spéculum à deux valves est appliqué; il saisit et découvre bien le col de l'utérus : c'est sur ce col que le jet est lancé de toutes les forces de l'aide qui pousse le piston. Immédiatement après, on place sur le col de la matrice un tampon de charpie qui s'imbibe du liquide resté dans le vagin. »

Il est à remarquer que l'usage de ces injections a été suivi assez souvent de coliques dans l'hypogastre et les fosses iliaques. Il est plus remarquable encore qu'à mesure que l'*esprit de la salle*, selon l'ingénieuse expression de M. Vidal, s'est habitué à ce moyen, le nombre des coliques a diminué. Il importe d'ajouter que chaque jour de nouvelles femmes sont injectées, d'où il suit que l'on ne peut arguer de l'habitude des malades.

M. Chaillet, ancien interne du service de M. Vidal, a fait connaître dans un article inséré dans la *Gazette des médecins praticiens* du 9 février 1840, le cas d'une femme qui portait une ulcération au col utérin, ulcération qui fut

réduite à la moitié de son étendue, au moyen de deux ou trois injections intra-vaginales. La cure la plus curieuse par ces injections, dit M. Vidal, est celle d'une malade qui avait un chancre assez étendu et profond, sur le col utérin (ce qui est rare) ; après quatre injections, le chancre avait complètement disparu.

Parlons maintenant des injections *intra-utérines*. M. Vidal a nettement abordé la question, et s'est tout d'abord posé en face du principal reproche que l'on adresse à ces injections, reproche qui, s'il était fondé, suffirait pour les faire bannir à jamais de la thérapeutique. Le voici : Le liquide injecté passe dans les trompes, et va se répandre dans le péritoine, d'où l'inflammation si justement redoutée de cette membrane.

M. Vidal a répondu à cette objection de deux manières, par des expériences et par les faits cliniques.

1° *Expériences ;* M. Vidal, aidé de M. D'Astros, son interne, et de M. Petit, prosecteur des amphithéâtres des hôpitaux, en a fait de trois sortes, et les a ainsi caractérisées : Injections forcées ; injections abondantes ; injections modérées. Les injections des deux premières classes ne prouveraient pas en faveur du moyen thérapeutique préconisé par M. Vidal. En effet, dans un certain nombre de cas la pénétration du liquide dans la capacité abdominale s'est effectuée. Un fait extrêmement curieux qui résulte de ces expériences, c'est que les veines de l'utérus ont été plusieurs fois pénétrées par l'air et par le liquide de l'injection. Dans un cas, les vaisseaux ayant été injectés avec un liquide coagulable, on put reconnaître que la veine par laquelle l'air et le liquide avaient pénétré, était ouverte dans une ulcération de la surface interne de la matrice.

Les expériences du troisième ordre sont, au contraire, entièrement favorables aux injections intra-utérines. Ces expériences ont été très nombreuses, et jamais, quand on n'a poussé qu'avec la force employée pour une injection auriculaire, le liquide n'est parvenu dans les trompes. On pourrait objecter qu'il peut être difficile de mesurer la force avec laquelle on pousse; mais nous aurons à revenir sur le mode selon lequel les injections doivent être pratiquées, et cette objection sera levée.

Au reste, comme M. Vidal lui-même le déclare, ses expériences ont besoin d'être répétées; ajoutons que sur le vivant, il y a une condition qui n'existe pas sur le cadavre, et qui doit s'opposer, jusqu'à un certain point, à la pénétration des trompes par le liquide : la contractilité.

2° *Faits cliniques* : Ceux-ci, à notre sens, sont plus concluans que les expériences. Lorsqu'en effet, dans un service assez considérable, on emploie depuis long-temps un moyen thérapeutique, sans qu'il ait produit jamais d'accidens sérieux, on peut en tirer une conséquence favorable à l'usage de ce moyen.

Le liquide indiqué par M. Vidal, comme celui dont il fait usage le plus souvent, est le suivant :

Iodure de potasse. . . cinq centig.
Iode . . . . deux centig. cinq mill.
Eau. . . . . trente gram, cinquante-neuf cent.

« La femme est placée comme pour l'application ordinaire du spéculum. Celui-ci une fois introduit, et le col mis à découvert, on donne son manche à tenir à un aide, ou bien en le passant à un anse de ruban, la malade peut le tenir, et on se dispense de l'aide. Un bassin est placé sous le siège de la femme, une injection intra-vaginale est d'abord faite comme

je l'ai indiqué; elle sert à nettoyer, à débarrasser le col des mucosités, des humeurs qui l'obstruent. C'est alors qu'on enfonce la canule dans la matrice : il faut qu'elle entre sans rencontrer de résistance (Cette canule est droite, et terminée par un petit renflement olivaire percé en arrosoir; ses diamètres ont un bon tiers de moins que la sonde de femme. On doit avoir des canules plus déliées pour injecter les femmes qui n'ont pas eu d'enfans. Il est important que cet instrument introduit dans le col ne le remplisse pas en entier, afin que l'injection puisse facilement retomber dans le vagin). On adapte la canule à la petite seringue, et on pousse le piston doucement avec, tout juste, la force employée pour une injection ordinaire dans le conduit auditif. »

Il y a des précautions à prendre :

« Il faut expulser avec soin l'air contenu dans la seringue. A l'approche des règles, au moins trois jours avant, on s'abstiendra de ces injections; on ne les reprendra que trois jours après l'entière cessation du flux menstruel.

« On devra attendre six mois après l'accouchement et l'avortement.

« La femme devra être à jeun. »

La brochure de M. Vidal se termine par l'examen des phénomènes propres aux injections intra-utérines, phénomènes que l'auteur distingue en *instantanés, primitifs* et *consécutifs*. Les phénomènes instantanés et les phénomènes primitifs manquent dans les neuf dixièmes des cas, et se réduisent à des coliques dont la durée est de quelques instans, parfois de qeulques heures. Il est extrêmement rare qu'elles persistent pendant deux ou trois jours. D'où il suit que, comme accidens, les phénomènes consécutifs sont nuls, et consistent uniquement dans les bons effets de la médication,

appréciables par la diminution de l'engorgement du col. M. Vidal n'a pas hésité à publier en détail, une observation dans laquelle on voit que la malade injectée éprouva de véritables accidens, qui, toutefois, se dissipèrent assez promptement. On ne doit pas en accuser les injections. Celles-ci avaient été faites par un élève. La malade n'avait pas été complètement interrogée sur ce qui avait précédé sa maladie de matrice. Elle venait d'avorter.

Telle est, en analyse, la première brochure de M. Vidal. Ce qui nous intéresse dans ce travail, ce sont les faits et les expériences à l'appui des injections intra-utérines. Ces faits et ces expériences peuvent ils être détruits par le fait unique dont nous avons parlé au commencement de cet article, et qui a provoqué, comme nous l'avons dit aussi, la publication de la brochure de M. Vidal. On en jugera par la lecture du fait lui-même. Voici ce qu'il importe d'en connaître.

« Une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, à l'hôpital depuis plusieurs mois, était tourmentée d'un écoulement leucorrhéique intarissable; l'utérus en était le foyer exclusif. Tous les moyens habituels étaient épuisés. Suivant alors l'avis de praticiens dont l'autorité est fort recommandable, je résolus de porter la médication topique jusque dans le foyer même, c'est-à-dire dans la cavité utérine. Une injection fut donc pratiquée à travers le col. La matière de cette injection était une décoction de feuilles de noyer, l'instrument qui la poussait un clysopompe. Au premier coup de piston, la malade jeta un cri aigu en portant vivement la main sur la région iliaque gauche. Remontée dans son lit, elle fut prise d'un violent frisson pendant plusieurs heures, suivi d'une réaction fébrile intense. La douleur abdominale se prolongeait dans le bassin où sa nature se modifiait, elle

était expultrice, il semblait à la malade qu'un corps étranger faisait effort pour sortir de la matrice. A ces caractères on ne pouvait méconnaître une métro-péritonite. »

Cette observation ne nous présente rien qui n'ait été indiqué par M. Vidal, dans l'article consacré à l'examen des effets des injections. Il importe d'ajouter que l'accident n'a pas eu de suites, et que la malade en a été quitte pour les douleurs abdominales qu'elle a éprouvées. Tout cela s'accorde peu avec l'idée si promptement accueillie d'une métro-péritonite; en tout cas singulièrement bénigne. Ensuite, M. Vidal a eu raison de dire que l'on ne peut pas conclure d'une injection faite avec un clysopompe à une injection convenablement pratiquée. Si, d'ailleurs, par le procédé employé dans le cas dont il s'agit, les accidens n'ont pas été plus graves, c'est la meilleure preuve que l'on a bien peu de chose à craindre des injections telles qu'on doit les faire. En résumé, le fait cité ne prouve rien contre les injections intra-utérines, parce que, d'une part, les accidens n'ont pas été à beaucoup près aussi sérieux qu'on l'a pensé, et que, de l'autre, le procédé opératoire n'a pas offert toutes les garanties qu'il devait réunir.

Peu après la publication de la brochure de M. Vidal, l'auteur de l'observation que nous venons d'apprécier fit paraître, dans la *Gazette médicale*, une réponse à cette brochure. Comme il y est beaucoup moins question du moyen thérapeutique préconisé, que de celui qui a essayé de le remettre en honneur, et que nous n'aurons garde de faire une acception de personne, là où il doit uniquement s'agir de la science, nous nous contenterons d'avoir indiqué cette réponse.

Une note qui fut publiée ensuite et qui mérite de nous arrêter, est celle de M. Duparcque. On la trouvera dans le nu-

méro du 19 septembre dernier de la *Gazette médicale*. Nous allons, d'ailleurs, l'analyser exactement. M. Duparcque commence par rappeler, que M. Mélier est l'auteur d'un remarquable mémoire sur les injections intra-utérines, présenté, en 1832, à l'Académie royale de médecine (1). Il cite ensuite un passage de son *Traité sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice,* qui a paru à la fin de 1838; il résulte de ce passage que M. Duparcque, à cette époque, avait expérimenté les injections utérines quatre fois. Dans les quatre cas le liquide injecté était de l'eau, et il était poussé par une *seringue à hydrocèle.* Tant que l'injection fut faite doucement, la sensation fut supportable; aussitôt que l'on voulut forcer, il y eut des douleurs violentes au bas-ventre et aux reins. Ces douleurs furent si vives dans un cas, que la malade se retira brusquement, en criant qu'on lui déchirait les entrailles. Des calmans et des antiphlogistiques durent être employés pour tempérer ces douleurs, dont la durée fut de quatre heures à six jours. On voit que nous n'hésitons pas à rapporter ce qui peut sembler ou être contraire aux injections intra-utérines; nous manquerions à notre devoir, si nous agissions différemment. Mais, maintenant, comment concevoir de si vives douleurs dans quatre cas où des injections d'eau simple sont faites, quand des injections fortement astringentes ou même très caustiques, employées souvent à Lourcine, par M. Vidal, ne donnent lieu à des coliques qu'une fois sur dix environ. Il y a là quelque chose d'incompréhensible, à moins qu'on ne s'en prenne à la seringue à hydrocèle.

Il est question ensuite de M. Ricord, qui aurait vu les injections intra-utérines provoquer des espèces d'accès d'hys-

(1) *Mémoires de l'Acad. Royale de Méd.*, Paris, 1833, t. 2, pag. 330.

térie; de faits et d'expériences de MM. Bretonneau et Tonnelé; du fait de M. Hourmann; enfin, il est parlé de péritonites mortelles, attribuées *au passage du liquide injecté dans la cavité péritonéale*. Mais il ne suffit pas de tracer un sombre tableau; il faut, quand il s'agit de faire porter un jugement par le public, lui fournir des élémens plus précis. A quoi peut nous servir, ainsi lestement raconté, ce qu'a vu survenir M. Ricord? Qu'est-ce, ensuite, que les faits et les expériences de MM. Bretonneau et Tonnelé? Où sont-ils consignés? Et ces cas de mort, sont-ils bien démontrés? Nous ne parlons pas de l'observation de M. Hourmann, qui a été analysée plus haut. Ainsi s'écroule tout un sinistre échafaudage, et quand l'auteur, si peu fondé à conclure, nous parle de résultats effrayans, nous ne sommes plus porté à le croire.

Au surplus, il ne paraît pas que M. Duparcque ait été aussi effrayé qu'il semble le penser, puisque, après la publication de la brochure de M. Vidal, il s'est remis aux injections utérines, qu'il a pratiquées, cette fois, de la manière indiquée par M. Vidal, c'est-à-dire, en poussant lentement et doucement; ce procédé lui a paru insuffisant, attendu que, dans les affections qui peuvent requérir les injections, la cavité de l'utérus est ordinairement baignée d'un mucus, quelquefois très tenace, qui doit opposer au liquide un obstacle difficile à vaincre, quand ce liquide est poussé doucement et lentement. M. Duparcque propose le procédé suivant : « Au lieu, dit-il, de pousser doucement et lentement, comme le veut M. Vidal, je le projette vivement et par secousses brusques, mais peu étendues, en ne faisant avancer le piston de la seringue à chacune d'elles que de deux à trois millimètres; je laisse écouler quelques secondes entre chaque secousse, de manière à laisser le temps à la portion du liquide proje-

tée de s'écouler au dehors, ce qui prévient une accumulation dangereuse dans la cavité utérine ». M. Duparcque dit avoir essayé ce procédé sur deux femmes, qui n'avaient rien éprouvé lorsqu'il les avait injectées d'après les indications de M. Vidal, et être resté convaincu que le liquide injecté avait bien pénétré dans l'utérus. L'une d'elles même a éprouvé des douleurs vives et persistantes. D'après M. Duparcque, l'affection catarrhale utérine aurait le plus souvent pour siége la cavité du col. Dans la plupart des cas, il a réussi à guérir cette affection, en touchant la partie avec un pinceau trempé dans une décoction fortement astringente, ou dans un liquide caustique, tel que le nitrate acide de mercure. Dans le cas d'érosion granulée, caractérisée par la tuméfaction du col, avec mollesse et suintement puriforme, strié de sang, il s'est servi avec avantage d'un crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. *Depuis que les injections intra-utérines sont redevenues à l'ordre du jour,* M. Duparcque les a appliquées au traitement des affections internes du col utérin : il se sert pour cela d'une canule imperforée au sommet, mais percée de trous latéraux dans l'étendue de huit à neuf millimètres.

« Par ce moyen on peut injecter et toucher la cavité du col, par projection latérale du liquide, sans craindre qu'il pénètre dans la cavité de l'utérus. Lorsque j'aurai recueilli suffisamment de faits sur ce sujet, je m'empresserai de les faire connaître. » Nous avons transcrit ces deux dernières lignes afin de rappeler à M. Duparcque sa promesse, dans le cas où notre article tomberait sous les yeux de cet estimable praticien. Le procédé qui vient d'être indiqué pour l'injection bornée au col, nous a paru digne d'une mention spéciale. Seulement sera-t-il bien facile de distinguer les cas dans les-

quels la maladie aura son siége dans la cavité du col utérin de ceux dans lesquels elle siégera dans la cavité utérine elle-même. Toujours est-il qu'en supposant que les injections peuvent être utiles dans les affections de la cavité du col, M. Duparcque fournit une autorité considérable, la sienne propre, en faveur des injections de la cavité même de la matrice.

On a vu plus haut quel était le procédé recommandé par M. Duparcque pour ces dernières injections. M. Vidal dans sa seconde brochure (*suite de l'essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice, etc.*), dit que ce procédé était employé depuis un mois dans son service de Lourcine, au moment où M. Duparcque écrivait sa note. Il n'en faut pas moins savoir gré à M. Duparcque d'avoir nettement formulé un procédé qui paraît être le meilleur à suivre pour injecter l'utérus, et celui que devront adopter les praticiens qui voudront expérimenter ce moyen. Voici, d'ailleurs, un passage de la seconde brochure de M. Vidal, qui explique parfaitement les avantages de ce procédé : « Pour parcourir les trompes, et pour arriver au péritoine, il faut au liquide un certain temps ; aussi quand on prolonge les injections, quand on les fait avec une certaine lenteur ; même avec une force très modérée, on arrive parfois au péritoine, tandis que, si on les fait d'un seul jet avec une très petite seringue, le liquide n'a pas le temps de cheminer dans les trompes, il retourne par le col et retombe dans le vagin. »

M. Vidal indique aussi, dans sa seconde brochure, qu'ayant mesuré bon nombre de matrices, il n'injecte plus maintenant que le liquide que peut contenir l'utérus d'une femme qui n'a pas eu d'enfans, liquide dont la quantité est de neuf grains environ. Pour que l'injection atteigne la cavité utérine, il faut que le col soit débarrassé des mucosités qu'il peut contenir,

ce qui s'obtient facilement à l'aide des injections intra-vaginales. Il serait même convenable, pensons-nous, avant d'injecter les liquides médicamenteux, de nettoyer la cavité de l'utérus avec des injections d'eau tiède. M. Vidal se sert d'une seringue en verre ressemblant aux seringues pour l'oreille. Il fait usage de préférence, maintenant, d'un liquide caustique, et en obtient des résultats plus prompts que de l'injection iodée. Il jette dans un tiers de verre d'eau le fragment de nitrate d'argent que contient son porte-caustique, et le liquide à injecter se trouve aussitôt prêt. M. Vidal a déjà un certain nombre de faits en faveur de cette manière d'agir. Il promet de les publier.

Quelques personnes ont cru trouver une objection contre les injections intra-utérines dans la petite quantité de liquide que M. Vidal injecte. Bien plus, comme cette quantité n'est indiquée que dans la seconde brochure de M. Vidal, elles ont vu là une sorte de défaite, et ont pensé que M. Vidal reculait devant son idée première. C'est pourtant là une singulière objection, et il est, en vérité, difficile de garder son sérieux, quand on se trouve en face de tels argumens. Autant vaudrait reprocher à la matrice de ne contenir que neuf grains de liquide. Qu'importe la quantité du liquide injecté, du moment qu'il suffit pour remplir l'organe et que par conséquent il s'applique à toute la surface de ce dernier? Les personnes qui font l'objection à laquelle il ne nous semble pas que nous ayons peine à répondre, s'étonneraient vraisemblablement si on leur apprenait qu'il suffit de trois gouttes de solution caustique instillées dans l'œil, matin et soir, pour modifier sensiblement certains états inflammatoires de cet organe.

Il faut tenir compte aussi, dans cette question des injec-

tion intra-utérines, d'une note de M. Guillemin, qui a fait connaître les résultats de sa pratique, relativement à ces injections, qu'il a mises en usage sur sept femmes. Six fois elles lui ont parfaitement réussi. La guérison a eu lieu dans l'espace d'un à deux mois. Chez une femme seulement il y eut des douleurs vives avec réaction fébrile très intense, puis épreintes utérines comme pour l'accouchement; enfin, 15 heures après l'injection, une perte très abondante. C'est le seul cas dans lequel ce dernier accident ait été observé. Il faut noter qu'à l'occasion d'une simple injection vaginale, faite précédemment, cette femme avait eu un accès hystériforme, et qu'elle était, au dire du mari, sujette depuis long-temps à des attaques d'hystérie.

En résumé, que voyons-nous ? Un chirurgien pratique depuis long-temps les injections intra-utérines, et possède un grand nombre de faits en faveur de ce moyen qu'il recommande dès-lors aux praticiens. D'autres médecins produisent des faits et des expériences qu'ils affirment être contraires à ce moyen. De ces faits et de ces expériences, les uns ont été exagérés (celui de M. Hourmann, par exemple) ; les autres sont *donnés en l'air* (l'assertion relative à M. Ricord; les faits de MM. Bretonneau et Tonnelé) ; les autres, enfin, sont, tout au contraire, entièrement favorables aux injections intra-utérines (les sept cas de M. Guillemin, excepté un seul).

C'est en présence de ces faits qu'il nous a paru utile de rappeler l'attention des praticiens sur une pratique chirurgicale presque étouffée au moment où elle se produisit. Ce n'est pas une opinion personnelle, ce n'est pas un jugement définitif sur le moyen thérapeutique dont il s'agit, que nous émettons. Nous avons seulement exprimé les faits, et nous en avons fait sortir cette conséquence que la question n'est

pas jugée, ou que, si elle l'était, elle le serait dans le sens de M. Vidal. Pour asseoir sans retour un moyen nouveau ou presque nouveau, dans la thérapeutique, ce n'est point assez de la pratique heureuse d'un homme de talent. Il faut une expérimentation que nous demandons. Mais pour la demander, il fallait d'abord prémunir contre les dangers grossis des injections intra-utérines, les chirurgiens qui seraient portés à essayer ce moyen. C'est précisément le but que nous nous étions proposé dans cette revue générale et rapide de la question.

OBSERVATION D'ABCÈS DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES; par M. Bocandé, élève des hôpitaux (*Gaz. des Hôp.* du 2 févr.).

Le nommé Bertrand, bijoutier, âgé de vingt-huit ans, se heurta violemment le front contre le manteau d'une cheminée, le 5 septembre 1840. Il en résulta un étourdissement passager et une petite plaie contuse au-dessus du sourcil gauche, à deux centimètres en dehors de la ligne médiane. Une bandelette de diachylon, appliquée pendant cinq jours, suffit pour amener la cicatrisation; mais, au moment où il devait se croire guéri, le malade fut pris d'une céphalalgie frontale, légère d'abord, puis de plus en plus intense; il s'y joignit bientôt un embarras dans la respiration nasale et l'apparition de deux petites tumeurs qui proéminaient par l'une et l'autre narine.

Alors seulement il réclama les secours de l'art; le médecin qui le vit pour la première fois, n'ayant égard qu'à l'aspect des tumeurs, crut à l'existence de polypes muqueux, et prescrivit des lotions astringentes. Le malade ne retira aucun soulagement de cette médication, et vint à la consultation de M. Maisonneuve, à l'hôpital Saint-Louis, le 27 septembre.

A la première vue, le chirurgien n'hésita pas à reconnaître la nature de ces tumeurs que tous les assistans regardaient déjà comme des polypes; il nous fit remarquer leur aspect lisse et muqueux, leur forme régulière et arrondie, leur adhérence à la cloison et leur simple contiguïté à la face externe des cavités nasales, leur mollesse, leur fluctuation évidente. Remontant aux circonstances antérieures, il nous fit observer que ces tumeurs dataient

seulement de quelques jours; qu'elles s'étaient développées à la suite d'une contusion au niveau du sinus frontal; que leur apparition avait été précédée de phénomènes inflammatoires, de douleurs fixes et pulsatives dans la région supérieure du nez; il conclut à l'existence d'un abcès double de la cloison des fosses nasales et dont les foyers communiquaient ensemble au moyen d'une perforation de la lame cartilagineuse.

Une incision fut immédiatement pratiquée sur l'une et l'autre tumeur, et donna issue à deux cuillerées environ d'un liquide puriforme, filant et opalin. Les parois de l'abcès étant abaissées, le malade put respirer librement.

Le surlendemain, 29 septembre, cet homme revint, comme on le lui avait recommandé. Les petites plaies étaient déjà cicatrisées et les tumeurs commençaient à reparaître. M. Maisonneuve eut alors l'idée d'employer, pour obtenir la guérison, un moyen qui lui avait déjà parfaitement réussi dans un cas de grenouillette : je veux parler du séton. Après avoir ouvert les deux petites cicatrices, il introduisit dans l'une d'elles un stylet aiguillé qu'il passa au travers de la cloison déjà perforée par le fait de la maladie, et qu'il fit ressortir par la petite plaie de l'autre côté. Ce stylet servit à conduire un fil de soie qui fut noué au-dessous de la sous-cloison du nez. Ce fil, dont les bouts furent coupés très près du nœud, était presque imperceptible. Il fut laissé à demeure pendant huit jours, au bout desquels les tumeurs étant complètement affaissées et cicatrisées, le chirurgien le retira et le malade fut guéri.

La cloison du nez, dit M. Velpeau (*Nouveaux élémens de médecine opérat.*, t. III, p. 293, 2ᵉ édit.), est assez souvent le siège de tumeurs dans les modernes seuls ont sérieusement parlé. M. J. Cloquet y a plusieurs fois rencontré des abcès (*Journ. hebdom.* n° 91, p. 544, 1830). Deux cas semblables à ceux de M. J. Cloquet ont été rapportés par M. A. Bérard *Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, t. I, p. 408). M. Velpeau a observé aussi, dans cette partie, soit des foyers de sang, soit des collections de pus, soit même des masses demi concrètes, d'apparence tuberculeuse. Dans un cas comme dans l'autre, la tumeur proémine de chaque côté à travers les ouvertures du nez, ainsi que cela a eu lieu dans le cas de M. Maison-

neuve. M. Fleming, indiqué dans la *Gazette des Hôpitaux*, comme ayant aussi observé des abcès de la cloison, n'aurait rencontré dans celle-ci que des tumeurs sanguines, genre de lésion assez fréquent en Angleterre, en raison des luttes grossières qui s'y répètent si souvent. Il nous semble probable que, dans le fait de M. Maisonneuve, il y a eu d'abord épanchement de sang, et seulement ensuite formation d'abcès. La chose doit se passer ainsi toutes les fois que la maladie a eu pour cause une violence directe, et pour premier phénomène une forte contusion.

OBSERVATION DE DEUX CORPS ORGANISÉS LIBRES ET FLOTTANS DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE; par M. le docteur Simonin. (Extraite des *Mémoires de la Société royale des Sciences, Lettres et Arts de Nancy*.)

M. V., ancien négociant, jouissait, au sein de la fortune, des fruits de son travail; âgé de soixante-deux ans, d'une constitution délicate, d'un caractère irascible, il se plaignait de douleurs rhumatismales mobiles et de peu de durée; il était sujet à des palpitations de cœur, et ne pouvait marcher et monter un peu vite sans ressentir de la gêne dans la respiration. Dans la nuit du 25 au 26 janvier 1823, il fut pris par une colique hépatique à laquelle succéda un ictère intense qui céda aux moyens de traitement employés. Le 2 janvier suivant, il fut tourmenté par une constipation opiniâtre et par une difficulté d'uriner, qui, à plusieurs reprises, alla jusqu'à la strangurie. Pour reconnaître la cause de cette affection, une sonde fut portée dans la vessie; cet instrument ne rencontra aucun corps étranger; le canal de l'urèthre était libre, et la prostate dans son état naturel, ce que constata le doigt porté dans l'intestin rectum; enfin, l'urine n'était point altérée dans sa couleur ni dans son odeur et ne déposait ni mucus ni gravier. La rétention de ce fluide fut attribuée à un spasme des voies urinaires, c'est-à-dire que sa véritable cause resta inconnue. La maladie organique du cœur fit des progrès; celle du foie récidiva, et le malade succomba le 11 avril 1825.

L'ouverture du corps faite le lendemain, à quatre heures du soir, a fait reconnaître les désordres suivans :

Dans la poitrine, des adhérences entre les plèvres pulmonaire et costale; trois concrétions osseuses d'un petit volume dans la plèvre du poumon

droit ; le péricarde enflammé (ainsi que la portion du diaphragme à laquelle il s'attache), épaissi, contenant une sérosité sanguinolente, et adhérent au cœur en plusieurs endroits, par des filamens longs et épais.

Le cœur phlogosé, les parois du ventricule gauche ramollies et gangrénées dans l'étendue d'une pièce de trente sous ; cette cavité renfermant un polype vésiculaire ; les valvules demilunaires ossifiées ; enfin, une dilatation anévrismatique de l'aorte à la sortie du centre circulatoire.

Dans l'abdomen, un calcul biliaire, d'un gros volume, remplissant en totalité la vésicule de la bile ; deux corps étrangers du volume et de la forme de deux cornichons, formés d'un tissu cartilagineux et osseux, contenu dans une membrane, absolument libres et flottans dans la cavité du bassin, à la partie droite de la vessie et du rectum ; la vessie urinaire contractée, le rectum rétréci et la tunique muqueuse de l'un et de l'autre, rouge et villeuse.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Des deux corps étrangers flottans dans la cavité pelvienne, l'un fut sacrifié aux recherches nécessaires pour connaître sa structure, l'autre fut conservé dans l'alcool et fait partie de ma collection. Ce dernier, d'une couleur brune verdâtre et de la forme d'un cornichon, pèse trente-huit grains, sa longueur est de deux pouces et son diamètre, à sa partie moyenne, est de six lignes. Sa composition est probablement la même que celle de l'autre corps flottant soumis à mon investigation.

C'est à la présence de ces corps libres que je rapporte la strangurie dont M. V. a été atteint. Elle survenait lorsque ces productions morbides comprimaient le col vésical, et cessait spontanément lorsqu'elles se déplaçaient et occupaient un autre point de la cavité qui les renfermait.

Mes recherches ne m'ont fourni jusqu'à ce jour aucun exemple de corps étrangers libres dans la cavité du péritoine. Je pense qu'il existe entre ceux-ci et les corps cartilagineux flottans dans les articulations, une grande analogie. Bien que l'examen le plus attentif ne m'ait fait reconnaître aucun pédicule, au moyen duquel ces corps aient été liés au péritoine, je pense cependant qu'ils doivent leur naissance à une végétation de cette membrane, qu'ayant atteint un volume considérable, ils s'en sont détachés par la rupture d'un pédicule dont il ne restait plus de trace au moment de l'ouverture du corps. Les tissus fibreux et osseux dont ils étaient formés, et la membrane de nature séreuse qui les enveloppait, ne me laissent aucun doute sur leur mode de formation.

Il ne paraît pas que, dans les recherches qu'il dit avoir faites, l'auteur de cette observation ait eu à sa disposition de grandes ressources bibliographiques. Au reste, pour trouver des faits parfaitement analogues au sien, il n'avait qu'à ouvrir le premier volume du *Dictionnaire de médecine* ou *Répertoire général des Sciences médicales;* il y aurait vu (p. 207) un article de M. Velpeau, qui l'aurait mis, en partie, au courant des richesses de la science sous ce rapport, et l'aurait empêché de trouver si miraculeuse sa découverte nécroscopique. Peut-être nos lecteurs nous sauront-ils gré de rappeler les cas dont il est fait mention dans cet article. Le premier est rapporté par Planque. Il s'agit d'un corps lisse, comme cartilagineux, ayant quatorze lignes de long, dix lignes de large et sept lignes d'épaisseur, de forme ovalaire, contenant dans son centre une petite pierre unie, ronde, semblable à un pois, lequel corps fut trouvé entièrement libre dans l'abdomen d'un homme mort par toute autre cause. Le second cas est celui de M. Ledibois, de Caen, qui a trouvé dans un kyste au-dessus de la rate « un corps blanc, ovoïde, du volume d'une très grosse noix, légèrement déprimé sur trois faces, dur, compacte, élastique et entièrement libre par toute sa surface... » Il y avait, en outre, dans ce cas, un corps libre de même nature de la forme et du volume d'un marron, entre le rectum et la vessie. Enfin, un troisième fait est dû à M. Velpeau lui-même, qui le rapporte en ces termes : « Un corps étranger aplati, de la forme et du volume d'un marron, lisse, humide, jaunâtre, entièrement libre dans le péritoine, fut trouvé (sur une jeune femme morte de phthisie pulmonaire) entre le cœcum et la colonne vertébrale. »

Après avoir rapporté ces différens exemples de corps étrangers flottans dans la cavité du péritoine, exemples qui

ne sont pas les seuls, attendu qu'il s'en est produit quelques-uns depuis la publication de l'article de M. Velpeau, ce professeur se demande quel peut être leur mode de formation. Dans le cas qui lui est propre, il lui sembla avoir à faire à une concrétion fibrineuse, reste d'un caillot sanguin. L'opinion de M. Bouillaud est que ces concrétions se produisent de toutes pièces dans l'abdomen, de la même manière que se forment les calculs dans la vessie. Celle de Béclard était que ces corps se formaient en dehors du péritoine, et insensiblement tombaient dans la cavité abdominale, après avoir offert un pédicule de moins en moins volumineux. Ce mode de formation est le même que celui selon lequel Béclard pensait que se produisaient les corps étrangers de l'intérieur des articulations, auxquels il comparait les concrétions intra-péritonéales. M. Velpeau tendrait plus volontiers à penser que ces corps libres sont de simples concrétions sanguines à l'état plus ou moins solide, et, quelquefois peut-être des concrétions d'albumine. Sa théorie est la même pour les corps étrangers articulaires. Le fait observé par ce professeur se prête à l'opinion qui reconnaîtrait ici pour premier phénomène un amas de sang, opinion à laquelle nous ne serions pas éloigné de nous ranger, tout en reconnaissant qu'il ne peut encore y avoir sur ce point que des hypothèses. Toujours est-il que cette dernière opinion a l'analogie en sa faveur. N'y a-t-il pas, en effet, dans une foule de cas, production de corps semblables par le fait d'une contusion ayant déterminé un épanchement sanguin? C'est une grande étude que celle des transformations du sang. Que d'explications nouvelles cette étude n'a pas déjà produites! Hunter l'avait ébauchée. M. Velpeau se l'est appropriée par les vastes développemens qu'il a su lui donner.

Ainsi M. Velpeau applique une même explication aux concrétions ou corps flottans de la cavité abdominale et aux corps étrangers de l'intérieur des articles. De même, Béclard soumet les unes et les autres à une seule loi pathogénique : la formation de dehors en dedans. M. Simonin, car il faut tenir compte de l'opinion de chacun, reconnaît aussi l'analogie des corps étrangers articulaires et des concrétions intra-péritonéales; mais il pense que, dans le cas qui lui est particulier, les concrétions ont dû leur naissance à une végétation de la séreuse. Or, on n'a jamais dit que les corps libres des articulations se formassent de cette manière.

Nous devons faire remarquer, en outre, qu'il ne nous semble pas bien prouvé que les corps étrangers, dans le cas dont il s'agit, aient pu déterminer la rétention d'urine. Nous aimons mieux admettre que celle-ci avait sa cause dans l'état même de la vessie. Nous nous expliquerions difficilement que deux corps étrangers dont l'un, le plus gros vraisemblablement, n'excédait pas six lignes dans sa plus grande largeur, aient pu peser assez fortement sur le col vésical pour l'occlure.

Quoi qu'il en soit, et quelque contestation que l'on puisse élever sur l'interprétation du fait, l'observation de M. Simonin est très intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique. C'est à ce titre que nous l'avons rapportée textuellement.

C. M.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Observation d'amputation du col de la matrice, suivie de réflexions sur la nature des végétations en choux-fleurs du col de cet organe; par James y Simpson, professeur d'accouchement à l'université d'Edinburg.

Je fus prié par le docteur Lewins, de Leith, d'examiner avec lui une dame, âgée de 33 ans, affectée d'une maladie de la matrice. Mariée depuis 13 ans, Madame C. a eu, pendant ce temps, 5 enfans et une fausse couche à six mois. Au mois de juin 1838, elle sevra un enfant; un mois avant cette époque, la malade eut un écoulement rouge, peu abondant, qui ne cessait pas, et continua pendant l'automne. Au mois d'octobre la malade éprouva quelques douleurs pendant quatre heures, suivies de l'expulsion d'un caillot dans lequel la sage-femme crut reconnaître un avortement à deux mois. Néanmoins l'écoulement en question ne cessa point, il devint plus abondant, d'une odeur fœtide, et mêlé de caillots de sang d'une couleur ordinairement rougeâtre; il était quelquefois séreux, et tout aussi abondant pendant la nuit que le jour, pendant que la malade était tranquille aussi bien que pendant qu'elle prenait de l'exercice. Depuis le moment de son avortement présumé, jusqu'à l'époque à laquelle je l'ai examiné avec M. Lewins (mai), cet écoulement était très abondant, au point de tremper, dans les 24 heures, trois draps; si la malade se promenait sans être garnie, elle sentait le liquide couler tout le long de ses membres; deux fois, sans aucune cause bien connue, madame C. éprouva deux hémorrhagies très abondantes qui l'effrayèrent beaucoup, et d'autant plus qu'une d'elles eut lieu pendant la nuit, au moment où la malade se trouvait dans un repos complet. Rien, dans la quantité du liquide qui s'écoulait, ne faisait soupçonner le moment de ses époques. Dans les premiers temps de sa maladie, madame C. ne souffrait pas. Au moment où je vis la malade pour la première fois, elle était très affaiblie, son teint était pâle et anémique; elle gardait le lit à cause de sa faiblesse. M. Lewins appelé quelque temps avant moi avait examiné la malade, et s'était arrêté à l'idée de l'existence d'une tumeur dans le col de l'utérus. Après l'avoir touchée, j'ai reconnu la justesse de l'opinion de mon confrère, et cet examen me démontra l'existence d'une tumeur du volume d'une petite poire, adhérente par sa base à la lèvre postérieure du col utérin, d'une consistance ferme; la surface postérieure de la tumeur est rude et granuleuse, saigne facilement

à chaque attouchement, sans être douloureuse. Examinée ensuite à l'aide du spéculum, nous constatâmes de nouveau son volume, son irrégularité, et de plus sa coloration, qui était d'un blanc rougeâtre, ressemblant assez à la couleur des fraises.

Sans doute il était possible d'embrasser cette masse morbide à l'aide d'une ligature, mais nous croyons qu'il était plus convenable d'emporter le col utérin avec les productions qui s'y implantaient; je communiquai donc cette opinion au mari de la malade, en lui faisant, toutefois, entrevoir que, malgré cette opération, il serait possible que la maladie reparût de nouveau. Après un délai de trois semaines la malade se décida à subir cette opération. Un nouvel examen me démontra alors que, depuis la dernière inspection, la maladie avait augmenté, qu'elle avait envahi les angles ou commissures ainsi que la lèvre postérieure du col. Le 25 mai, assisté de MM. Lewins et Ziegler, j'ai procédé à l'opération de la manière suivante. La malade fut placée sur le ventre et en travers d'un lit, les cuisses pendantes et écartées, afin de pouvoir abaisser l'utérus et opérer facilement; j'ai introduit ensuite les deux doigts de la main gauche dans le vagin, en les poussant aussi loin que possible; je glissai dessus une airigne, que je fixai sur la tumeur; son tissu peu consistant se déchirait facilement, donnait peu de prise aux tractions. Dès-lors, l'instrument fut fixé sur la base de la tumeur, et une seconde airigne fut ajoutée à la première, de manière à pouvoir amener au-dehors la masse en question. Cela étant fait, j'ai procédé à sa résection, en coupant les parties d'arrière en avant, et en enlevant complètement la portion vaginale du col. L'opération étant terminée, l'utérus s'échappa et reprit sa position normale; une légère hémorrhagie eut lieu. Dans la crainte de la voir se renouveler, j'ai tamponné le vagin. Notre malade supporta l'opération avec beaucoup de courage. Dans la soirée, le docteur Lewins enleva le tamponnement, afin de permettre à la malade d'uriner; il ne crut pas convenable de le replacer. Aucun accident digne d'être noté ne suivit cette opération. L'écoulement a complètement cessé; la malade disait qu'elle était tout-à-fait *à sec*. Cela continua pendant plusieurs mois. La surface de la plaie, examinée à l'aide du spéculum, était d'un aspect granuleux. On ne permit point à la malade de s'asseoir dans son lit avant le dixième jour de l'opération. La malade se rétablit très bien, reprit ses forces et sa gaîté. Six semaines après, elle eut quelques symptômes de grossesse, ce qui fut constaté le 14 nov. à l'aide de l'auscultation. Le col de l'utérus est cicatrisé, et sa surface est dure et ridée.

La tumeur a été examinée avec soin, et voici le résultat de cet examen : Dans sa plus grande largeur, elle offre 2 pouces 3/4, et 2 pouces 1/4 dans l'endroit le moins large; son épaisseur, y compris la lèvre postérieure du col, est de 1 pouce 3/8. Cette masse se prolongeait de façon à envelopper les angles ou commissures, et à élargir de beaucoup son diamètre. La lèvre antérieure du col, jusqu'au point où le vagin se continue sur elle, est tout-à-fait saine, excepté près de ses commissures.

La lèvre postérieure est dure, enveloppée par ces excroissances jusqu'au point où le vagin s'insère au col de l'utérus. Cette partie de l'organe a été coupée assez haut, pour comprendre dans la section une partie de la muqueuse du vagin, qui est dans son état normal. L'extérieur de la tumeur offre une surface granuleuse, divisée par un grand nombre de fissures, qui s'entrecroisent et qui lui donnent un aspect lobulé, qui ressemble assez à un chou-fleur : en pressant entre les doigts une de ces granulations, elle s'écrase assez facilement et laisse quelque chose qui ressemble à une trame vasculaire. La tumeur fut conservée dans une solution alcoolique de sublimé; sa coupe avait le même aspect qu'une portion de cerveau conservée dans le même liquide; de plus, elle semblait composée d'un grand nombre de cellules. En grattant sa surface avec le scalpel, on détruisait ces cellules et on ramassait quelque chose de granuleux.

C'est la réunion de ces granules qui donnait à la tumeur une forme granulée et lobulée, ayant assez l'aspect d'un chou-fleur. Examinées au microscope, ces cellules se présentent en groupes ou rangées en lignes continues, et chacune d'elles contient des noyaux, eux-mêmes renfermant d'autres nodules. On ne rencontre pas les caractères microscopiques du tissu encéphaloïde, indiqués par Muller; d'après les remarques de MM. Valentin, Gluge et Muller, il paraît que cette forme nodulaire est la base de toutes les productions morbides.

La nature des symptômes et le genre de structure de cette production se rapprochent de la classe de ces excroissances décrites, en 1809, par le docteur Clarke, sous le nom de végétations en choux-fleurs du col de la matrice. La nature de ces lésions a donné lieu à des opinions diverses. D'une part, les docteurs Gooch, Hooper, Davis et Lée les considèrent comme des productions cancéreuses; tandis que les docteurs Clarke, Burns et Walter les regardent comme n'offrant aucun des caractères de ces productions. Je me range volontiers à cette dernière opinion, et les raisons qui me la font adopter sont fondées sur ce que cette altération se rencontre, d'après les

observations de Clarke, sur des individus d'un âge peu avancé (20 ans); ensuite, que ces tumeurs s'affaissent ou disparaissent après avoir été liées; sur la lenteur de leur marche et la non-altération des tissus qui les environnent, et enfin sur ce qu'elles disparaissent après l'application des médicamens astringens ou autres.

Cependant ces productions offrent-elles quelque analogie d'origine avec les condylômes, les poireaux et les végétations des membranes muqueuses de la vulve et de l'entrée du vagin, avec lesquels elles offrent, sous le rapport des formes, quelques points de ressemblance?

Mon opinion sur ce point est, que souvent ces végétations du col de l'utérus ont été confondues avec des productions cancéreuses du même organe, faute de moyens de diagnostic convenables pour pouvoir les différencier; il se pourrait encore que ces productions, d'abord d'un caractère bénin, soient plus tard le siége d'une dégénérescence cancéreuse. Les observations de Gooch et de madame Boivin, appuyeraient cette manière de voir; ils ont vu des cas dans lesquels la maladie se reproduisit après une opération incomplète. Dans un cas observé par M. Davis, la maladie revint au bout d'un temps assez long, et cette fois elle avait subi une dégénérescence cancéreuse; il en est de même de deux cas rencontrés pendant l'accouchement par les professeurs Ollrepont et Siebold : on constata, après la mort, que l'utérus, la vessie et les tissus environnans étaient compris dans cette transformation. Michaelis cite encore un cas d'une tumeur en chou-fleur du col de l'utérus qu'il fendit pendant un accouchement; la maladie se propagea à la partie postérieure du col, et la malade mourut d'un cancer de l'estomac.

Dans ces cas, les maladies auxquelles on eut affaire étaient un degré très avancé des productions en choux-fleurs, ou bien, ce qui me paraît plus probable, elles étaient de nature diverse, quoique revêtant les mêmes formes, et dans cette hypothèse, il nous resterait à examiner si la science possède des caractères suffisans pour les diagnostiquer. On conçoit que, pour arriver à la solution de ce problème, il faut se livrer à des recherches profondes et sévères. Dans ce cas, l'examen chimique et physique de l'écoulement auquel elles donnent lieu, pourrait peut-être nous fournir quelques données, peut-être aussi le degré de mobilité des parties, siége des lésions, serait de quelque importance à noter. On sait, d'après les remarques intéressantes de Muller, que le cancer tend à comprendre dans la même transformation, les tissus qui l'environnent, tandis, au contraire, que les productions de nature bénigne, laissent dans leur état normal les tissus au milieu

desquels ils vivent. Or, dans le cancer du col de l'utérus, même dans un degré peu avancé, cet organe offre moins de mobilité que dans les cas où il se trouve être le siège des végétations en question : cette circonstance ne pourrait-elle pas fournir une donnée convenable à employer.

Les moyens thérapeutiques conseillés contre cette lésion, sont : les caustiques, la ligature et l'excision ; les deux premiers donnent peu de résultats ou des résultats temporaires, par cela même que la base de la tumeur n'est pas détruite. Ils déterminent plus tôt des irritations qui accélèrent les progrès de la maladie.

La résection, au contraire, enlevant le mal et sa racine doit, dans tous les cas, être préférée. Il faut que le col utérin soit enlevé. Sans doute, malgré cette opération, on a vu, dans beaucoup de cas, la maladie reparaître, mais, dans ce cas, on peut croire avec madame Boivin, que la tumeur seule avait été enlevée. Dans le petit nombre de cas dans lesquels on a réséqué à-la-fois le col avec la tumeur, les malades ont été soulagés de leurs souffrances pendant plusieurs années.

Dans l'observation que nous rapportons, l'opération fut très avantageuse ; l'écoulement cessa ; le moral de la malade s'améliora, et jusqu'à présent (la malade se trouve à la moitié du temps de la gestation), sa santé se soutient. Il est cependant juste de remarquer que la nature de la tumeur enlevée laisse cependant quelques craintes sur sa reproduction. (1)

(Edinburg, *Med. and surg. Journal*, janv. 1841, p. 104.)

IMMOBILITÉ DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. DIVISION DU MUSCLE MASSÉTER DROIT. Par Georges Buch, chirurgien de l'hôpital de New-York.

Joh. Bishop, âgé de dix-neuf ans : il y a dix-huit mois que ce malade à la suite d'une attaque de fièvre, perdit par la gangrène une assez grande quantité de la face interne des joues. Après sa guérison le malade se trouvait dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche, les mâchoires se trouvant retenues par une bride qu'on essaya de diviser sans succès, vu qu'aucun moyen n'était employé pour tenir les mâchoires écartées. Voici l'état des parties : La joue du côté droit est enflée, le tissu-cellulaire sous-cutané est souple et mobile,

(1) Je m'étonne des doutes, de l'incertitude, de l'embarras de M. Simpson; la variété de tumeur dont il parle est extrêmement fréquente. C'est une de celles que j'ai le plus souvent rencontrées au col de l'utérus. Elle appartient très certainement à la classe des productions cérébriformes. V.

jusqu'au niveau du muscle masséter, qui est dur et tendu à l'état de repos. En dedans, une bride dure et calleuse s'étend de l'intervalle de la première et de la deuxième molaire, se dirige un peu obliquement en bas vers la première molaire, cette bride est dure et tranchante, et ne permet pas au doigt de glisser entre elle et les dents. La mâchoire est cependant susceptible d'un mouvement de glissement, qui fait croire que son articulation est libre. L'arcade dentaire supérieure est un peu écartée et permet à une lame de couteau de pouvoir passer dans l'intervalle. Le malade peut prendre des alimens solides, en ayant la précaution de les réduire en petits morceaux et de les glisser entre les dents. On se décide à tenter une opération. Une bande de deux doigts de large et de quinze pouces de longueur fut passée entre les dents; les bouts sont noués sous le menton; un aide soutint solidement la tête, tandis qu'un autre agissait sur l'anse formée par le lien indiqué; le doigt indicateur fut introduit entre les joues; on chercha à placer l'ongle de ce doigt entre les dents et la bride à diviser; un bistouri étroit fut glissé sur le doigt et dirigé de façon à pouvoir diviser le muscle masséter par sa partie moyenne, afin d'éviter le conduit de Stenon, en avançant peu-à-peu de devant en arrière, et en divisant les brides qu'on rencontrait jusqu'à ce qu'on fût arrivé sur la dernière molaire : cela fait on se servit d'un instrument qui, prenant son point d'appui sur les dents, permettait de s'en servir comme d'un levier, et faisait place pour introduire un spéculum oris, avec lequel on essaya de rompre quelques brides; à l'aide de ces manœuvres et du bistouri on parvient à séparer assez les mâchoires pour permettre l'introduction de deux doigts entre les dents incisives : toute la longueur, et dans quelques points, toute l'épaisseur du muscle masséter, fut divisé : la section de ces brides criait sous le scalpel comme si on coupait des cartilages : l'hémorrhagie, résultat de ces incisions, fut faible et s'arrêta promptement. Après l'opération, le malade put ouvrir la bouche à l'aide du doigt; on reconnut que la surface de l'os était dénudée, et l'on sentait quelques rugosités mobiles. Un coin de bois fut introduit entre les molaires du côté opposé, et on le tint en place autant de temps que le malade put le supporter : on observa le lendemain un gonflement inflammatoire qui dura pendant quelque temps. On continua l'usage des coins de bois et on eut recours encore une autre fois au spéculum, afin de diviser quelques brides qui restaient. Au mois de mars 1840, la joue est beaucoup moins gonflée qu'avant l'opération; elle est molle et souple; le malade peut mouvoir sa mâchoire dans certaines limites. Il reste encore des brides comme avant l'opération, seulement elles sont moins développées, et

on ne remarque pas de tendance à la contraction des parties divisées. (1)

(New-York, *Journ. of med. and surg.*, oct. 1840. *Medico-chirurg. Review*, janv. 1841, pag. 277.)

RUPTURE DE LA VEINE SPERMATIQUE (OVARIQUE).

Par le docteur M'Haughton.

Une femme âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, se trouva tourmentée dans la nuit du 27 janvier par des rêves et des douleurs sourdes dans les intestins. Les douleurs continuèrent le lendemain, ce qui ne l'empêcha pas de déjeuner, et, comme ce malaise persistait, elle crut s'en débarrasser en prenant des substances salines qui excitèrent des vomissemens, à la suite desquels les douleurs augmentèrent. On crut alors devoir appeler un médecin qui la trouva, à son arrivée, dans l'état suivant: la peau est froide; la malade est pâle, elle se plaint de douleurs dans l'abdomen et dans le thorax, difficulté de respirer, affaissement notable; le pouls est petit et faible. Du calomel et de l'opium en doses divisées furent ordonnés.

Ces symptômes augmentant, on crut convenable d'appeler d'autres médecins; en examinant la malade on découvrit alors dans la région de l'ombilic, une tumeur élastique, ayant deux pouces de diamètre. La malade annonça qu'elle avait cette tumeur depuis 15 ou 16 ans, et que ce n'était pas elle qui la rendait malade. M. M'Haughton fut adjoint aux médecins appelés: à son arrivée, il trouva la malade pâle, presque sans pouls, se plaignant de douleurs dans la partie inférieure du bassin et d'envies d'uriner. L'abdomen était gonflé sans être tendu. La malade accuse une douleur très forte dans la région de l'ombilic, et comme dans cet endroit il existait une tumeur herniaire très douloureuse à la pression, M. M'Haughton pensa que la cause de tout cela provenait de ce que la hernie se trouvait étranglée. On chercha à la réduire et on y parvint à l'aide de pressions ménagées. Cette réduction fut suivie de vomissemens et de faiblesses. La malade eu cependant une légère rémission.

Le lendemain elle avait la figure pâle, œdemateuse et froide; les mains étaient chaudes. L'anneau ombilical se trouvait occupé par une tumeur molle ayant un pouce de diamètre, offrant les caractères d'une hernie épiploïque. Le médecin ordinaire de la malade craignant que la présence de cette

(1) Il est douteux que cette opération ait un succès définitif. Elle a souvent été pratiquée en cas pareil sans avantage marqué, et je l'ai pratiquée, pour mon compte, sur trois sujets différens, sans aucun profit. V.

tumeur ne fût la cause des symptômes qu'on observait, proposa l'opération. Cela étant fait, on reconnut que cette masse se trouvait formée par un amas de globules graisseux de volume différent; l'opération n'eut aucun résultat. Les envies d'uriner continuèrent. La même sensation d'affaissement persista. L'utérus était un peu descendu dans le bassin, il n'était pas augmenté de volume, mais il était douloureux au toucher; dans la soirée les symptômes s'améliorèrent; dans la journée du lendemain, ils reparurent de nouveau. La malade s'affaissa peu-à-peu et mourut dans la matinée du 31.

A l'autopsie, on reconnut que la tumeur de l'ombilic était formée par une masse de graisse extérieure au péritoine, qui remplissait l'anneau ombilical. A un demi-pouce au-dessus, on rencontrait sur la ligne blanche une ouverture à travers laquelle passait l'intestin réduit; derrière la gaîne des muscles et en dehors du péritoine on trouvait du pus bien formé. Les gros intestin sont distendus. Les intervalles des intestins grêles sont remplis d'un sang séreux. Le bassin se trouve rempli d'une très grande quantité de sang veineux coagulé. La source de cette hémorrhagie provenait de la veine spermatique droite.

L'ovaire est ridé et dur. La partie supérieure du jéjunum, dans l'étendue de 16 pouces, est un peu ramollie et infiltrée de sang. C'est la portion d'intestin qui se trouvait étranglée. Il est fâcheux que M. M'Haughton n'ait pas examiné avec soin l'état des plexus veineux spermatiques, afin de connaître la cause qui avait pu déterminer la rupture de ces vaisseaux. Malgré l'intérêt qu'elle présente, l'observation que nous rapportons se trouve perdue pour la science, attendu que la source de cette hémorrhagie n'a pas été convenablement examinée, et que l'état des parties d'où elle provenait n'a pu être constaté. La rupture des veines ovariques a d'ailleurs déjà été observée.

(Amer. *Journ. of the medic. sc.* août 1840. Edinburgh. *Med. and surg. journ.* janv. 1841.)

Opération pour la cure radicale d'une hernie inguinale; Par Bransby-Cooper.

Un homme âgé de vingt-deux ans, fort et musculeux, portait, depuis sept ans, une hernie inguinale droite réductible. Le 26 mai 1840, une nouvelle portion d'intestin plus volumineuse étant sortie, le malade vint à l'hôpital de Guy, où cette portion d'intestin fut réduite avec quelque difficulté. Le moindre effort la faisant sortir de nouveau, et ce malade étant occupé à des travaux très fatigans, au chemin de fer de Greenwich, et comme il n'y avait

pas moyen de retenir les intestins à l'aide d'un bandage, M. Bransby-Cooper se détermina à mettre en pratique l'opération conseillée par M. Gerdy. Le 10, on procéda à l'opération; le malade fut couché sur une table, les cuisses et le torse fléchi. M. Cooper poussa, avec l'indicateur de la main gauche, les tégumens du scrotum dans le canal inguinal le plus haut possible; sur le doigt ainsi introduit, il glissa une longue aiguille à manche, présentant un chas à son extrémité; cette aiguille, armée d'un fil de soie double, fut poussée à travers les parties invaginées et les aponévroses des muscles obliques, et vint sortir à un pouce et demi au-dessus du ligament de Poupart. Un des fils étant retenu au-dehors, l'aiguille fut retirée pour être de nouveau portée dans un autre point, à quatre lignes du premier; les bouts de fils, formant une anse furent liés sur un morceau de bougie. Un stylet, garni de linge et trempé dans de l'ammoniaque, fut introduit dans le canal, formé par les parties invaginées, dans le but d'irriter, d'enflammer la surface de la peau, et de donner par là plus de consistance au bouchon introduit dans le canal.

L'application de l'ammoniaque causa beaucoup de douleur qu'on calma à l'aide de préparations opiacées. M. Cooper visita le malade dans la soirée; il le trouva très abattu; le pouls était vif, mais dépressible; la pression sur l'abdomen ne déterminait aucune douleur. Le 12, la suppuration s'établit; cette suppuration continuant, les ligatures furent enlevées le 14; le lendemain, on s'aperçut d'un léger changement dans l'anneau, il y avait une espèce de retrait qui faisait penser que les parties invaginées avaient une légère tendance à sortir, sans être cependant suivies par les portions intestinales. Le degré de dureté et de gonflement, qu'on observait autour du canal inguinal, portait à penser que la guérison se maintiendrait; cet état persista : dès le moment que la sensibilité de la partie malade permit d'exercer une compression convenable, elle fut employée; le malade garda toujours la position horizontale. Le 4 juillet, on appliqua un bandage herniaire ordinaire, ce bandage étant placé, le malade resta au lit pendant dix jours; au bout de ce temps, il ne voulut plus garder cette position, il se leva et allait partout dans l'hôpital; il y resta pendant une quinzaine de jours. Au moment de sa sortie, à la fin de juillet, on lui recommanda bien de ne point se livrer d'abord à des travaux fatigans. Au mois d'août, le malade reprit ses anciennes occupations au chemin de fer. Malheureusement le bandage qu'il portait était peu convenable, de sorte que dans un effort violent, le malade vit de nouveau une portion d'intestins descendre dans le canal. Un bandage plus solide fut appliqué; par son aide, les parties sont contenues, mais le

malade ne peut pas se livrer à ses anciennes occupations. Il faut cependant ajouter qu'avant cette opération, le malade ne pouvait pas faire le moindre effort, tandis qu'aujourd'hui, à l'aide de son bandage, il peut travailler. (1)

(Guy's Hosp. report., *Medic. chirurg. Review*. Janv. 1841, pag. 257.)

GIRALDÈS.

VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire.

LEÇONS IMPROVISÉES.

Des personnes intéressées expriment et propagent l'opinion que le concours doit échapper à la juridiction de la presse. Il y a un jury, nous dit-on, c'est à lui qu'il appartient de juger; quant à la critique, elle perd, en semblable matière, sa *convenance et son utilité*. Ce sont les termes dont on se sert dans une lettre, d'ailleurs fort polie, qui nous a été adressée. Nous pensons, au contraire, qu'il est de l'intérêt même des concurrens que la critique maintienne son droit à leur égard. Partout, il y a intérêt, pour le justiciable, à ce qu'un jugement se superpose à celui du juge lui-même. Et d'ailleurs, il est strictement impossible de restreindre le jugement au cycle officiel rempli par le jury. N'y a-t-il pas des auditeurs, des élèves qui applaudissent ou s'égaient, et, par conséquent, jugent en même temps que le jury, avant même le jury.

La critique, avons-nous dit, peut rendre service aux candidats en prenant en main leurs intérêts. Elle peut les servir aussi très utilement en faisant entendre à certains que l'on peut être un excellent praticien et être totalement dénué des qualités du professeur. En remplissant ce dernier devoir, la critique satisfait à un autre non moins important: elle veille à la

(1) La cure radicale des hernies est encore à trouver. Outre qu'elle cause parfois la mort (4 fois sur 62), et assez souvent des accidens sérieux, la méthode essayée par M. B. Cooper, échoue dans la plupart des cas. Quand elle réussit, c'est par l'inflammation qui en résulte, ou par l'effet du bandage qu'on lui associe ou dont on la fait suivre, et non par l'invagination cutanée qui la constitue.

V.

dignité de la Faculté. Nous ne voudrions pas répéter ce que des notabilités de la province et de l'étranger ont dit de peu flatteur et d'injuste pour l'école de Paris, à l'issue de certaines séances.

Mais c'est trop insister sur un point qui semblera parfaitement clair à tout le monde, et auquel nous n'aurions peut-être pas dû nous arrêter. Il est de la dernière évidence que le concours touchant aux racines mêmes des institutions médicales, la critique doit en faire l'objet, non-seulement de son attention, mais encore de toute sa sollicitude.

Il y a un autre point, sur lequel nous ne devrions pas avoir besoin de revenir. Quand nous disions que nous étions seul à faire cette appréciation, et que nos collaborateurs n'y prenaient aucune part, nous méritions d'être cru. Ne pas ajouter foi à nos paroles, dans ce cas, c'est nous faire une gratuite offense, et en faire une pareille aux personnes que l'on soupçonnerait capables de nous livrer une opinion qu'elles doivent réserver pour la salle du conseil.

Au surplus, nous aurons, cette fois, beaucoup plus à louer et beaucoup moins à blâmer que dans notre précédente analyse. Les leçons improvisées ont été fort supérieures aux leçons préparées, ce qui ne semblera une anomalie qu'aux personnes qui n'ont pas une grande habitude des concours. Cette supériorité des leçons improvisées sur les autres, constitue la règle, et cette règle, de prime abord assez singulière, nous paraît avoir une explication toute simple. Quand on a vingt-quatre heures de préparation, et que l'on est placé en face d'une question générale, comme sont ordinairement les questions qui font le sujet des leçons préparées, entouré que l'on est, en outre de livres et de matériaux, on trouve que l'on a immensément à dire, et l'on veut tout dire. De plus, on sent que l'auditoire aura le droit d'être exigeant, et l'on veut bien dire. Il en résulte, d'une part, que l'on entasse dans son esprit des matériaux pour parler pendant trois heures, tandis que l'on n'en a qu'une à sa disposition, et que, de l'autre, on veut préparer sa leçon phrase par phrase, ce qui est la pire de toutes les méthodes, attendu que si en chaire on ne retrouve plus une phrase telle qu'on l'avait faite, on est arrêté. Il faut, quelque temps que l'on ait devant soi, rassembler les matériaux les plus importans de sa leçon, les bien peser, ne pas laisser une seule chose douteuse dans son esprit, mais se borner à cela, et ne pas s'occuper des mots. Les mots doivent venir au moment même. S'ils ne viennent pas, c'est que l'on n'est pas professeur.

Quand, au contraire, privé de livres, privé de notes, seul avec les res-

sources de son esprit, on a trois heures pour improviser une leçon, par cela même qu'on a moins de matériaux, on les classe, on les discipline mieux ; absorbé par le fond, on ne se préoccupe pas de la forme. De là moins de confusion, d'une part, et de l'autre, plus de spontanéité, plus d'élan.

Arrivons maintenant à notre analyse. Elle sera succincte. La revue chirurgicale, écourtée dans notre premier numéro, a revendiqué sa place.

M. Malgaigne. *Des opérations que nécessitent les maladies du sinus maxillaire.*

Cette épreuve devait être subie par MM. Malgaigne et Boyer. M. Boyer s'étant trouvé malade, il a été décidé que son épreuve serait ajournée.

Le sujet échu à M. Malgaigne était difficile. Il n'y a pas de comparaison pour la difficulté entre ce sujet et ceux qui l'ont suivi. Nous savons que c'était aussi un très beau sujet de chirurgie ; mais, encore une fois, il offrait de notables difficultés. Comme sujet de leçon préparée, il aurait ouvert une belle carrière au candidat. Il est de ceux pour lesquels il n'y a pas à craindre un excès de matériaux.

M. Malgaigne s'est tiré parfaitement de cette difficultueuse épreuve. Au moment où le candidat est monté en chaire, portant les traces visibles d'une grande contention d'esprit, nous le plaignions, et nous éprouvions quelque crainte. Nous avons été bientôt rassuré : la voix du candidat n'avait rien perdu de sa mordante sonorité. Les phrases nous arrivaient, toujours larges, toujours correctes, comme par le passé.

M. Malgaigne a d'abord exposé avec une grande netteté l'anatomie du sinus maxillaire. Il a rapporté, avec la verve qu'on lui connaît, l'histoire de cette dame de la cour de Louis XIV, qui, ayant eu une dent arrachée, sentit, un jour qu'elle voulait enlever des parcelles d'alimens restées dans son alvéole, l'instrument dont elle se servait s'enfoncer à une profondeur inaccoutumée. L'effroi de la dame fut considérable. Elle alla tout aussitôt trouver Duverney dont la réputation anatomique commençait. Duverney lui montra le sinus maxillaire, et lui expliqua ainsi comment le cure-dent avait pu et pouvait s'enfoncer sans aucun danger assez profondément. L'aventure fit grand bruit à la cour, et, du coup, Louis XIV voulut faire apprendre l'anatomie au duc de Bourgogne. Il y a des personnes qui n'aiment pas cette manière anecdotique ; on pourrait leur répondre par le dicton du fabuliste ; mais il y a mieux : l'anecdote est un excellent moyen mnémonique dont un

professeur habile tirera toujours un grand parti; elle sert à fixer sans retour, dans l'esprit des auditeurs, le point de doctrine auquel elle se rattache.

M. Malgaigne, après la description anatomique du sinus, a recherché par quels points il était possible d'arriver à celui-ci. Il a étudié ensuite les différentes maladies du sinus (abcès, hydropisie, polype, corps étrangers, cancers); et s'est occupé, d'une manière détaillée, des opérations que ces diverses maladies comportent. Il a terminé par la description de l'amputation de la mâchoire supérieure, et l'étude approfondie de ses suites. Nous nous sommes déjà exprimé sur le compte de M. Malgaigne d'une manière qui nous laisse peu à ajouter. Ecrivain distingué, ce candidat sera un professeur non moins remarquable. Il est surtout très capable de communiquer aux élèves l'amour de leur science et de l'étude. Quelle plus belle qualité peut-on demander à un professeur ?

MM. Huguier et Michon. *Des opérations que nécessite la fistule lacrymale.*

M. Huguier.

Comme il l'avait fait pour sa première question, M. Huguier a commencé par des considérations sur l'affection dont il avait à exposer la thérapeutique chirurgicale, et ces considérations se sont offertes à nous fortement empreintes du double cachet d'une instruction approfondie et d'une saine observation. Seulement nous avons dû regretter qu'elles eussent beaucoup pris sur le temps que revendiquait presque exclusivement la question de médecine opératoire.

Les diverses causes de la tumeur lacrymale ont été examinées avec soin par le candidat. Comme, dans la dernière séance, M. Malgaigne, ayant à traiter des opérations nécessitées par les maladies du sinus maxillaire, avait omis les kystes osseux qui peuvent se former dans cette petite cavité, M. Huguier est revenu à plusieurs reprises sur ces kystes, en disant, avec une malicieuse intention, qu'on avait dû s'en occuper dans une leçon précédente. La première fois, on n'a pu s'empêcher de sourire; la seconde fois, on a trouvé que si M. Malgaigne avait omis les kystes osseux, de son côté, M. Huguier en parlait beaucoup, d'autant qu'il lui eût été difficile de mentionner un cas de fistule lacrymale déterminée par une tumeur de ce genre. A ce sujet, faisons remarquer que diverses causes, comprises par les auteurs au nombre de celles de la fistule lacrymale, ne sont guère que des causes d'épiphora. Ainsi, un polype, une exostose, une tumeur quelconque obturant le canal nasal, détermineront la chute des larmes sur la joue, et non une

fistule. Sans doute on pourra répondre par l'analogie, et dire que les fistules urinaires se forment ainsi, quand il y a obturation de l'urèthre par une cause quelconque. Mais que l'on y prenne garde : l'urine ne saurait s'écouler autrement que par l'urèthre, tandis que les larmes, en cas d'obstruction, peuvent s'échapper entre les paupières.

M. Huguier a divisé le traitement de la fistule lacrymale en traitement médical et traitement chirurgical. Il a convenablement insisté sur les moyens qui sont du ressort de la première de ces deux thérapeutiques, et, en cela, il a fait preuve de bon esprit. Nous croyons, quant à nous, que la thérapeutique mécaniquement désobstruante a moins d'efficacité que l'emploi persévérant de la médication antiphlogistique et émolliente. En toute maladie, il faut avoir un principe, une théorie, et sur ce principe, sur cette théorie, baser sa thérapeutique. Or, quel doit être ici le principe ? Le voici : La maladie est primitivement inflammatoire, et consiste dans un état phlegmasique de la membrane muqueuse du sac lacrymal. De là à ce que doit être le traitement il n'y a qu'un pas.

Nous ne pouvons suivre M. Huguier dans l'examen des nombreuses opérations que le génie des chirurgiens a dirigées contre la fistule lacrymale. Le candidat les a décrites avec ordre et clarté. Il les a fait comprendre à ceux qui ne les connaissaient pas, et s'est fait écouter avec intérêt de ceux qui les connaissaient.

M. Michon.

Nous avons été sévère à l'égard de M. Michon. C'est que nous attendions, c'est que l'on devait beaucoup attendre de lui. Il nous en a coûté, attendu que M. Michon est un chirurgien d'une grande bonne foi, d'une instruction solide, et d'une valeur pratique incontestable. Cette fois, nous n'avons qu'à louer. Autant notre rôle nous a été pénible, autant nous avons de plaisir à le remplir aujourd'hui. Nous avons retrouvé le professeur habile que nous connaissons. M. Michon s'est remis à la place qui lui appartient. A lui s'appliquent, en particulier, quelques-unes des remarques qui commencent cet article. S'il est vrai qu'il ait failli dans sa première leçon, c'est pour avoir voulu trop bien faire.

La question que M. Michon avait à traiter est une des plus étudiées de la médecine opératoire, ce qui ne veut pas dire que les résultats pratiques répondent au nombre de travaux qu'elle a suscités. M. Michon n'a pas suivi la même voie que M. Huguier. Il a choisi l'ordre chronologique.

Cette marche était difficile. Il y avait à craindre les trop grandes dissemblances entre les méthodes et les procédés que la succession chronologique pouvait rapprocher. M. Michon s'est tiré avec avantage des difficultés que présentait l'ordre indiqué. Il a pu signaler pas à pas les progrès que le temps a fait faire à la question.

Les différentes méthodes et les nombreux procédés qui s'y rattachent ont été ainsi décrits par M. Michon avec la plus grande précision. Les élèves qui l'ont écouté attentivement, conserveront une idée complète du sujet. Élève de l'Hôtel-Dieu, M. Michon pouvait parler de la canule en toute connaissance de cause. C'est ce qu'il a fait en termes d'ailleurs fort respectueux pour la mémoire du maître illustre aux leçons duquel il s'est formé. M. Michon n'a pas observé que les résultats, par l'emploi de la canule, fussent aussi avantageux qu'on l'avait d'abord espéré. Il nous a même semblé discerner en lui un doute profond relativement aux bons effets du procédé tant vanté par les disciples de l'école de l'Hôtel-Dieu. Résumons-nous : M. Michon a été rapide sans précipitation, concis, clair et méthodique ; voilà pour la forme. Quant au fond, il a été aussi complet qu'on peut espérer de l'être dans une leçon improvisée.

MM. Laugier et Thierry, *De la taille hypogastrique.*

M. Laugier.

Nous sommes, à ce qu'il semble, tombé dans une grave erreur à l'égard de M. Laugier, en lui faisant dire que la question des amputations dans la continuité n'était pas si étendue qu'il ne dût chercher des élémens en dehors d'elle. C'est bien là ce que nous croyons encore avoir entendu ; mais quelque attentif que l'on soit, on peut se tromper, d'autant plus que souvent les idées ne sont pas présentées avec toute la netteté désirable, si bien que l'on est à-peu-près libre de les comprendre d'une manière ou de l'autre. Quoi qu'il en soit, il paraît certain que M. Laugier a dit, au contraire, au moment où il commençait son examen des causes d'amputation, qu'on ne le soupçonnerait pas de chercher des élémens en dehors du sujet, celui-ci pouvant, à la connaissance de tous, fournir une plus que suffisante carrière. Nous réparons notre erreur, autant qu'il est en nous, avec le regret profond de l'avoir commise. M. Laugier n'est pas un homme que l'on puisse blâmer de gaîté de cœur ; sa réputation est faite comme praticien habile, et comme écrivain judicieux. Il est doué, en outre, d'un caractère droit

et honorable qui lui assure la sympathie des gens de bien. Aussi personne ne nous soupçonnera-t-il d'avoir voulu lui attribuer faussement une erreur.

C'est en praticien, beaucoup plus qu'en érudit et en théoricien, que M. Laugier envisage les questions chirurgicales. Sous le rapport de la fin de notre art, qui est de guérir, cette méthode est la plus avantageuse. Il n'en saurait être tout-à-fait de même au point de vue de l'enseignement, quoique pour les élèves, le côté pratique soit encore, à beaucoup près, le plus utile.

M. Laugier a décrit les divers procédés de taille hypogastrique, et a terminé par une appréciation de cette taille comparativement à la périnéale.

M. Thierry.

M. Thierry est remonté aux sources même de l'art, et il a rapporté de ses lointaines explorations un fonds solide d'érudition. Il y a un chirurgien pour lequel M. Thierry a surtout une vive admiration, c'est Franco, auquel il faut peut-être reconnaître plus de génie qu'à Ambroise Paré lui-même. Ce fut un trait de ce génie qui éclaira le chirurgien provençal, au moment où, ayant pratiqué la taille périnéale sur un enfant, et ne pouvant extraire le calcul, soutenu de l'avis des parens, il pratiqua la première taille hypogastrique; comme chacun sait, l'enfant fut sauvé. Franco, cependant, recula devant son idée, et adjura les chirurgiens de ne jamais l'imiter. Le temps a donné tort à Franco. Mais quel bel exemple ne nous a pas laissé cet homme qui, nonobstant le succès, condamne la pratique qu'il a suivie! M. Thierry a retracé les phases, les vicissitudes qu'a subies la taille hypogastrique. Il nous a montré le président Lamoignon intervenant, un arrêt du parlement à la main, entre les tailles rivales. Après avoir décrit les procédés de taille hypogastrique, le candidat s'est livré à une large appréciation, dans laquelle il a fait rentrer la lithotritie, et dans laquelle il s'est montré aussi bon appréciateur des faits que d'abord il avait été bon historien.

MM. Bérard et Sanson (Alphonse). — *De l'opération de la cataracte.*

M. A. Bérard.

Belle question! disaient les uns; mauvaise question! disaient les autres, au moment où le candidat allait monter en chaire. Les uns et les autres avaient raison, parce qu'ils se mettaient à un point de vue différent. Les premiers parlaient pour eux; à la place de M. Bérard, ils se seraient arrangés parfaitement de cette question facile; les autres parlaient pour M. Bérard, et trou-

vaient le succès trop assuré. Etrange hasard qui nous oblige à consigner ici les mêmes réflexions qui commençaient notre premier article sur ce brillant candidat ! Mais que l'on se rassure ! On peut triompher d'une question facile. Il y a des esprits qui n'ont pas à craindre la banalité.

M. Bérard a établi d'abord, avec toute la rapidité convenable, et cependant d'une manière aussi complète qu'il était nécessaire, différens points relatifs à l'histoire pathologique de la cataracte, auxquels il est revenu, comme à des jalons, dans la suite de sa leçon. Nous regrettons que le manque d'espace nous empêche de suivre M. Bérard dans cette remarquable exposition, après laquelle il est entré dans la description des méthodes et procédés opératoires. Il a d'abord étudié les divers procédés de kératotomie, procédés qui constituent essentiellement la méthode d'extraction. Cette méthode, toutefois, comprend aussi les procédés de scléroticotomie, parmi lesquels figure le remarquable procédé imaginé par M. Furnari. M. Bérard a exprimé le regret de ne pouvoir qu'indiquer ce dernier mode opératoire.

Après l'extraction est venu le tour de l'abaissement, que l'on peut pratiquer par kératonyxis et par scléroticonyxis. Un mot sur la première de ces dénominations. Beaucoup de chirurgiens en font le synonyme d'abaissement. Il y a là une erreur; le mot kératonyxis, dérivant de deux mots grecs: *kéra* (corne) et *nuxis* (ponction), signifie ponction à travers la cornée. Les deux procédés qui viennent d'être indiqués, de même que le renversement du cristallin, mode opératoire qui rentre dans la méthode d'abaissement, ont été successivement décrits par le candidat avec un bonheur d'expressions et une netteté que nous ne pouvons assez louer.

L'aiguille introduite dans l'œil, le cristallin peut être abaissé ou *broyé*. Il arrive assez souvent qu'au moment de l'opération, le chirurgien, n'étant pas fixé sur la résistance de la lentille opaque, ne sait pas s'il abaissera simplement celle-ci, ou s'il la broiera. Il se comporte selon la sensation que lui fait éprouver la pointe de l'aiguille. Quoi qu'il en soit, *le broiement* est une des trois grandes méthodes opératoires propres à la cataracte, qui sont : l'extraction, l'abaissement et le broiement ; à ce titre, il a été décrit par M. Bérard, et il l'a été aussi heureusement que l'avaient été l'abaissement et la réclinaison.

Il nous serait difficile, pensons-nous, d'ajouter à ce que nous avons déjà dit pour rendre justice au mérite éminent de M. Bérard, comme professeur. Ses descriptions sont admirables de clarté. Il ne cherche jamais un mot, et

c'est toujours le mot propre qui vient ; on entendrait difficilement une parole qui fixe plus agréablement et plus utilement l'attention.

M. Sanson (*Alphonse.*)

M. Sanson a commencé par des considérations fort étendues sur la cataracte. Il n'a pas manqué d'insister sur le signe précieux que M. le professeur Sanson, son frère, a fait connaître pour différencier la cataracte de l'amaurose. Tout ce qu'il a dit dans cette première partie de sa leçon a offert un grand intérêt ; mais peut-être doit-on regretter que des considérations étrangères à la question opératoire l'aient empêché de développer convenablement cette dernière. M. Sanson a exposé les différens procédés d'extraction et d'abaissement. Il a traité la question en homme qui la connaissait parfaitement. Il est malheureux qu'il n'ait pu la traiter complètement.

MM. Lenoir et Vidal. — *Des opérations que nécessitent les fistules à l'anus.*

M. Lenoir.

Cette question de la fistule à l'anus semble avoir une prédilection pour M. Lenoir. Il l'avait déjà eue à traiter lors de son concours pour l'agrégation.

M. Lenoir a d'abord défini la maladie dont il avait à parler. Il en a établi ensuite les variétés. La fistule borgne externe, a-t-il dit, n'a pas été admise par tous les chirurgiens ; mais M. Velpeau a fait remarquer qu'il était très facile de faire des fistules complètes, quand on ne voulait pas qu'il existât de fistules incomplètes externes.

Les causes, les signes, l'anatomie pathologique de la fistule à l'anus, ont été exposés avec les plus grands détails par M. Lenoir, qui a montré combien l'abondante quantité de tissu cellulaire graisseux, dont est remplie l'excavation ischio-pelvienne établissait une condition favorable à la formation d'un foyer purulent, et, par suite, à la production d'une fistule. On peut dire, relativement aux abcès voisins de l'anus, qu'ils sont à la fistule anale ce que la tumeur lacrymale est à la fistule de ce nom.

Par cela même que M. Lenoir a exposé d'une manière si étendue la question pathologique, il n'a pu traiter la question de médecine opératoire avec tous les développemens que peut-être il aurait voulu lui donner. Sa

leçon n'en a pas moins causé une satisfaction générale. Elle a été celle d'un chirurgien instruit et habile.

M. Vidal (de Cassis).

M. Vidal, qui a lu Dionis et J.-L. Petit, avec ce fin esprit méridional que nous lui connaissons, a d'abord tracé un court historique de la question, et dans cet historique, il a parlé surtout de la fistule de Louis XIV. On sait de quelle vogue jouit la fistule anale à l'époque où le grand roi se fit opérer de celle dont il était atteint. Versailles, en un clin-d'œil, se remplit de fistuleux. Les chirurgiens étaient importunés de gens qui voulaient absolument qu'on leur trouvât une fistule à l'anus, et ces gens-là étaient des grands, comme on les appelait alors. C'est que le roi, plein de sympathie pour les personnes affectées de l'infirmité qu'il avait eue lui-même, ne manquait jamais, au lever, de demander de leurs nouvelles!!!

Il y a un point que M. Vidal n'a pas indiqué, et qui a pourtant son importance; nous voulons parler de la royale manière dont Louis XIV récompensa son opérateur et ses médecins. Aujourd'hui que les temps sont si changés, et qu'une reine d'Angleterre ne donne que vingt mille francs à son accoucheur, il sera bon de savoir ce que donnait un roi de France pour la chose dont il s'agit. Laissons parler Dionis : « La cure fut très bien conduite, dit-il, et le Roi a été parfaitement guéri. Il récompensa aussi en Roi tous ceux qui lui rendirent service dans cette maladie. Il donna à M. Félix cinquante mille écus, et à M. Daquin cent mille livres; à M. Fagon quatre-vingt mille livres; à M. Bessières quarante mille livres; à chacun de ses apothicaires, qui sont quatre, douze mille livres, et au nommé La Raye, garçon de M. Félix, quatre cents pistoles. » Après l'historique, M. Vidal a vivement abordé la question opératoire. Les divers procédés appliqués à la fistule à l'anus ont été parfaitement décrits par le candidat, qui nous pardonnera, pour des raisons indiquées ailleurs, de ne pas insister davantage sur les mérites de sa leçon.

MM. Chassaignac et Blandin. *Des opérations qu'exigent les anus artificiels.*

M. Chassaignac.

Il importe avant tout, a dit M. Chassaignac, de bien fixer les limites de la question : il faut donc d'abord distinguer l'anus accidentel de la fistule

stercorale. On arriverait difficilement, a-t-il ajouté, à une formule rigoureuse. D'après M. Chassaignac, c'est l'*angularité* dépendante de l'adossement des deux bouts de l'intestin, qui est le caractère essentiel de l'anus accidentel. Jetons un coup-d'œil, a dit ensuite le candidat, sur les conditions que peut nous offrir le théâtre de l'opération. Le siège le plus fréquent de l'anus accidentel est celui des hernies, cette infirmité étant, dans le plus grand nombre des cas, le résultat de l'étranglement. Relativement au siège, l'anus anormal constitue une infirmité d'autant plus grave que la lésion existe plus près de l'estomac.

M. Chassaignac a parfaitement indiqué les caractères anatomiques de l'anus accidentel. Il a principalement insisté sur l'*infundibulum* et l'*éperon*, et il a fait remarquer que, tant que les méthodes opératoires ne se sont pas fondées sur l'anatomie pathologique, elles ont généralement échoué.

Nous ne saurions trop dire que cette partie de la leçon de M. Chassaignac a été traitée avec une supériorité incontestable.

Relativement à la question opératoire, il a commencé par se demander en quel moment on devait opérer. Il ne faut pas trop se hâter, a-t-il dit, attendu qu'il faut laisser aux adhérences le temps de se fortifier. La question importante des indications et des contre-indications a été ensuite étudiée. Les procédés opératoires ont été rattachés par M. Chassaignac à deux méthodes générales, l'une dans laquelle on se propose de détruire l'éperon ; l'autre dans laquelle on veut obturer l'orifice de l'anus accidentel. Il est évident, de prime abord, que cette dernière doit être la moins efficace.

Tout le monde connaît l'habile et élégante parole de M. Chassaignac. On peut dire de la leçon que nous venons d'analyser, bien à regret trop rapidement, que la solidité du fond a répondu au charme de la forme.

M. Blandin.

M. Blandin a commencé aussi par définir la question, et y a fait entrer les anus contre-nature congéniaux. Il a spécialement mentionné les cas dans lesquels on a vu l'intestin s'aboucher dans la vessie. Il a examiné ensuite rapidement les causes de l'anus accidentel, ce qui l'a amené à signaler une différence capitale qui existe entre les anus artificiels, suite de plaie, et ceux qui succèdent aux hernies. Dans ces derniers, il y un élément très important, qui manque dans les premiers : c'est le sac herniaire, qui plus tard formera l'*infundibulum*.

Nous regrettons de ne pouvoir qu'analyser de la manière la plus rapide la

belle leçon de M. Blandin, une des plus remplies et des mieux remplies qu'ait pu jamais faire un candidat. Les caractères anatomiques de l'anus anormal, la profondeur à laquelle se trouve quelquefois l'orifice intestinal, à l'extrémité d'un long trajet fistuleux; l'*infundibulum*, si bien décrit par Scarpa; l'*éperon*, qui résulte de l'adossement plus ou moins marqué des deux bouts de l'intestin, et qui, conséquemment, présente différens degrés; le rétrécissement progressif du bout inférieur de l'intestin; les complications de l'anus artificiel, en-tête desquelles se trouve l'invagination d'une plus ou moins grande partie de l'intestin, à travers l'ouverture anormale; le pronostic de l'anus artificiel et des opérations qu'il réclame; la nécessité variable de celles-ci, constituent autant de points sur lesquels M. Blandin a exposé les considérations les plus importantes. Le sujet était de ceux dans lesquels il est impossible de faire un seul pas dans la question opératoire, sans avoir préalablement bien établi certains points appartenant à la pathologie externe.

S'il ne nous est pas permis de suivre pas à pas M. Blandin, nous pouvons du moins faire comprendre ce qu'il y a eu de grand, de lumineux dans sa leçon. Voici comment il a tout d'abord établi la thérapeutique chirurgicale des anus anormaux. — La médecine opératoire, a-t-il dit, se propose trois buts relativement à ces affections. Elle veut les prévenir, en pallier les effets, ou les guérir. Ainsi : traitement préventif; traitement palliatif; traitement curatif. C'est autour de ces trois chefs que M. Blandin a rangé les vastes considérations opératoires qu'il avait à présenter. Le candidat, dont on connaît les travaux sur ce sujet spécial des anus anormaux, pouvait puiser dans sa propre expérience; c'est ce qu'il a fait, sans oublier jamais de faire marcher parallèlement les données fournies par les maîtres de l'art. C'est ainsi qu'il a tour-à-tour et souvent emprunté à Dupuytren, à M. Velpeau....

La leçon de M. Blandin restera, nous en avons l'assurance, profondément gravée dans la mémoire de ceux qui ont eu le bonheur de l'entendre. L'auditoire, plein de sympathie, se laissait emporter, avec une satisfaction visible, des considérations scientifiques les plus élevées aux plus saines applications pratiques. A l'issue de la leçon, tout l'amphithéâtre a applaudi.

MM. Robert et Sédillot. — *Des opérations que nécessite la rétention d'urine.*

M. Robert.

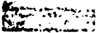
Personne ne pouvait mettre en doute l'aptitude de M. Robert à l'enseignement; à plus forte raison ne le pourrait-on pas après la leçon si remarquable de ce candidat sur la rétention d'urine. On voyait que M. Robert était possédé de l'immense intérêt de sa question. Il parlait avec une ardeur entraînante. Les diverses causes de la rétention d'urine, étudiées de haut en bas, du rein au prépuce, les accidens qu'elle détermine, ont été d'abord exposés. M. Robert a tracé surtout un tableau déchirant des horribles souffrances qu'éprouve un malade, au dernier terme de la rétention. Il est entré ensuite dans la question opératoire. Il faudrait un grand nombre de pages pour résumer convenablement une leçon aussi pleine que celle de M. Robert.

Pourquoi ne dirions-nous pas que nous avions d'abord, pour cette leçon et pour plusieurs autres, fait une analyse ainsi développée, et qu'il nous a fallu y renoncer, à cause de la place qu'auraient demandée ces longs résumés? Le cathétérisme chez la femme et chez l'homme, les divers procédés qui s'y rattachent, les questions si importantes des accidens que cette opération peut déterminer, accidens qui dépendent du chirurgien, ou qui sont indépendans de l'habileté de l'opérateur, et résultent alors de la sensibilité spéciale des organes; les injections forcées, la boutonnière, enfin, la ponction, ont été décrits avec une précision que l'on ne saurait dépasser. Pendant cette longue investigation, M. Robert n'a pas cessé un seul instant de captiver l'attention de son auditoire. Le plus bel éloge que nous puissions faire de lui, c'est que, à la fin de sa leçon, nous éprouvions quelque inquiétude pour le compétiteur habile qui allait, à son tour, occuper la chaire, et qui devait, comme on va le voir, fixer irrésistiblement, pendant une heure encore, l'attention du public.

M. Sédillot.

Les leçons de M. Sédillot, entre autres qualités, ont celle bien remarquable de présenter une régularité parfaite. De telles leçons, nous croyons l'avoir déjà dit, se prêtent merveilleusement à l'analyse, et font elles-mêmes leur éloge.

Le candidat a commencé par établir que celle-ci était un effet, et non pas



un état idiopathique. Il a distingué les cas dans lesquels il y a rétention d'urine proprement dite, de ceux dans lesquels l'urine n'est pas sécrétée et est retenue dans le sang. M. Sédillot a étudié ensuite les causes de la rétention d'urine dans le rein, dans l'uretère, dans la vessie, dans l'urètre, dans le prépuce. J.-L. Petit a cité le cas remarquable d'un petit enfant qui portait une pierre dans le prépuce, rétréci à l'état de phymosis naturel. Chaque fois que l'enfant voulait uriner, le prépuce se distendait énormément, et l'urine ne s'écoulait que par goutte. Une opération bien simple aurait suffi pour guérir cette infirmité. La mère ne put y consentir, parce que, dit J.-L. Petit, avec cette candeur qui le fait aimer, elle chérissait tendrement son enfant, attendu qu'elle était pauvre, et qu'elle n'avait que lui pour tout bien! Dans la partie opératoire, qu'il a traitée avec le plus grand développement, et dans un esprit admirable de pratique, M. Sédillot a rapporté les opérations relatives à la rétention d'urine, à trois classes, selon qu'elles ont pour but : 1° de remédier à la présence d'un corps étranger s'opposant à la sortie de l'urine; 2° de rétablir les voies naturelles de l'excrétion urinaire; 3° de pratiquer une voie artificielle au cours de l'urine. Nous sentons combien il serait avantageux pour nos lecteurs que nous pussions entrer, avec M. Sédillot, dans l'examen approfondi de ces trois classes; mais nous sommes resserré dans d'étroites limites, et encore ici réduit à exprimer un profond regret. Jamais la parole de M. Sédillot n'avait été plus transparente; jamais son esprit méthodique ne s'était manifesté avec plus d'évidence. Tant d'instruction et tant d'expérience ont fait une vive impression sur l'auditoire. Quant à nous, nous nous demandions, en sortant, s'il était vrai que la Faculté fût décidée, relativement à un corps auquel nous appartenons nous-même, à une injuste exclusion; et si elle pouvait oublier que Percy fut une de ses gloires.

M. Philippe Boyer, *Des opérations que nécessitent les polypes de l'utérus.*

Comme dans toutes les leçons que nous avons analysées, il y a eu, dans celle dont il nous reste à donner une idée succincte, deux parties. Dans la première ont été exposées des considérations relatives aux sièges divers, aux causes, au mode de formation, aux signes des polypes utérins. Toutes les notions acquises à la science sur ces différens points ont été exposés par M. Boyer, avec la netteté que nous avons déjà eu l'occasion de louer en lui. Dans seconde partie de la leçon, qui a été et devait être la plus déve-

loppée, M. Boyer a étudié successivement les divers moyens proposés pour l'extraction des polypes, et dont les principaux sont l'arrachement, la ligature, l'incision, le broiement. Il suffit de nommer M. Boyer, pour se faire une idée de l'éducation chirurgicale dont il a été appelé à jouir; on reconnait aisément, à l'entendre, qu'il a su profiter du bonheur d'avoir eu pour père une des plus hautes et des plus pures illustrations de la Chirurgie française.

C. M.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Velpeau, chirurgien de l'hôpital de la Charité; par Gustave Janselme. — Paris, J.-B. Baillière, 1840, in-18 de 676 pages. Prix : 6 fr.

Le livre de M. Janselme nous offre l'enseignement du maître fortifié de l'observation du disciple, et nous apporte ainsi un double témoignage. L'auteur a étudié aux sources, c'est-à-dire au lit du malade, les opinions qu'il nous transmet; mais n'anticipons pas sur les conclusions; jetons d'abord un regard analytique sur l'ouvrage que nous avons à examiner.

Dans une introduction brillante et rapide, M. Janselme commence par établir nettement la part de la France aux progrès de l'ophthalmologie. Pour le siècle dernier, il réunit les noms de Brisseau, de Maître-Jean, de Saint-Yves, de Daniel, de Guérin, de Janin, de Demours, des Pellier, des Wenzel, et les oppose avec avantage à ceux des ophthalmologistes célèbres des autres pays, à cette époque. Au reste, pour le dix-huitième siècle, la prééminence de la chirurgie française dans la question, est reconnue assez généralement. La difficulté est présente. De ce que nous n'avons pas un aussi grand nombre d'oculistes proprement dits que l'Allemagne, l'Angleterre et l'Italie, on conclut à notre infériorité ophthalmologique en ce moment, conclusion que M. Janselme a vertement relevée. Disons avec lui, sans plus insister sur ce point, que la France moderne a, dans la question, des droits qu'on ne saurait lui contester de bonne foi.

L'introduction se termine par l'examen d'un point très important, l'étude de l'angéiologie oculaire, étude du plus haut intérêt et fondamentale, car il est impossible, sans elle, de comprendre les doctrines de M. Velpeau. C'est sur la connaissance exacte de la distribution des vaisseaux de l'œil que reposent plusieurs distinctions diagnostiques établies par ce professeur, et c'est d'elle que découlent certains préceptes thérapeutiques qu'il a posés.

Le manuel de M. Janselme est divisé en quatre chapitres : le premier traite des maladies des paupières, le second des maladies du globe de l'œil, le troisième des maladies des voies lacrymales, le quatrième, enfin, des ophthalmies considérées sous le point de vue spécifique.

L'inflammation des paupières, *blépharite*, distinguée en *blépharite muqueuse*, quand l'inflammation est bornée à la conjonctive; *glanduleuse*, quand elle a son siège dans les glandes de Meïbomius; *granuleuse*, quand elle semble concentrée dans les follicules muqueux; *ciliaire*, quand elle affecte la base des cils; *purulente*, quand elle offre le caractère bien connu de la purulence; les diverses tumeurs des paupières (orgeolet, furoncule, tumeurs cystiques, abcès, tumeurs érectiles); la paralysie de ces voiles membraneux; leurs vices de conformation (coloboma, anchylo-blépharon, symblépharon); enfin, le trichiasis, l'entropion, l'ectropion, et des considérations très intéressantes sur la blépharoplastie, forment les matériaux du premier chapitre. Nous ne pouvons guère que donner ici une énumération des sujets envisagés par l'auteur. Les symptômes des diverses nuances de la blépharite, les moyens de traitement employés par M. Velpeau; ses procédés particuliers pour l'extirpation des tumeurs palpébrales, pour l'opération de l'ectropion, sont exposés avec la plus satisfaisante précision. Tout cela, au reste, est rehaussé par une certaine érudition dont M. Velpeau est assurément bien capable de communiquer le goût à ses élèves. Hâtons-nous d'ajouter que, sous ce dernier rapport, le livre de M. Janselme, livre essentiellement pratique et descriptif, n'offre pas de surcharge.

Le second chapitre, avons-nous dit, est consacré aux maladies du globe oculaire. C'est ici qu'il faut particulièrement regretter de nous trouver resserré dans les limites étroites d'un article bibliographique. On comprend ce que nous pourrions avoir à dire sur une suite de remarquables articles relatifs à la conjonctivite, à la kératite, à l'iritis, à la cataracte, à l'amaurose. Comme on voit, nous ne nommons que les principaux sujets : les diverses autres affections de la conjonctive, telles que ptérygion, pannus, xérophthalmie, maladie singulière dont le livre de M. Janselme renferme deux exem-

ples parfaitement détaillés et très intéressans, la mitte ou ophthalmie méphitique, bien étudiée par M. Furnari; les nombreuses maladies de la cornée, autres que la kératite; celles de l'iris, autres que l'iritis, ont été examinées avec un soin particulier, dans le livre que nous analysons.

Nous avons une réserve à faire relativement à un signe diagnostique sur lequel M. Janselme a longuement insisté, le larmoiement, qui serait essentiellement pathognomonique de la kératite. Voici les propres expressions de M. Janselme, à ce sujet; elles rendent complètement, au reste, l'opinion de M. le professeur Velpeau : « Le larmoiement est un symptôme plus caractéristique encore que le précédent (la photophobie). On peut même dire que rien ne différencie mieux les affections de la cornée de celle de la conjonctive. Dans la conjonctivite, en effet, c'est une sécrétion du mucus plus ou moins épais que l'on observe. Dans la kératite, au contraire, c'est un liquide clair, limpide; ce sont les larmes, enfin, qui s'écoulent hors de l'œil, en plus ou moins grande abondance, et il n'est pas possible de confondre ces deux produits de sécrétion. » Nous regrettons de devoir formuler ici une légère opposition aux vues de M. Velpeau et de M. Janselme; mais, placé entre une grande autorité et un fait, nous ne pouvons hésiter. Dernièrement encore, nous avons observé un véritable larmoiement dans un cas de simple conjonctivite oculo-palpébrale. Appelé à donner son avis sur la nature de la maladie, un des élèves les plus instruits du service de M. Velpeau, se fondant sur l'existence du larmoiement, affirmait qu'il y avait kératite. Il ne manqua même pas de distinguer le cercle radié vasculaire, qui se remarque au pourtour de la cornée, dans cette affection, cercle qui échappait du reste complètement à notre examen le plus attentif. Il demeura bien constant que la kératite était imaginaire, et que le larmoiement avait accompagné une simple conjonctivite. Ce qui, à notre avis, peut éclairer sur la nature de l'affection, c'est la connaissance exacte de la manière dont la maladie a débuté. Si l'inflammation a eu son point de départ à l'un des angles de l'œil, et que de là elle se soit étendue plus ou moins loin, il ne peut être question de kératite. Voilà un véritable signe diagnostique : les choses se passèrent ainsi dans le fait que nous venons de citer. Ajoutons qu'au point de vue de la physiologie pathologique, on ne concevrait pas que le larmoiement fût exclu de l'appareil séméiologique de la conjonctivite simple. N'est-il pas, au contraire, tout naturel que la glande lacrymale, se trouvant au voisinage d'une surface présentement irritée, éprouve elle-même, à un certain degré, l'irritation de cette surface, avec laquelle elle est en communication immédiate par

ses canaux, et que sa sécrétion en soit augmentée? Pourquoi larmoyons-nous, lorsqu'un grain de tabac, par exemple, nous tombe dans l'œil? Il est aussi aisé de concevoir le larmoiement dans la conjonctivite, l'intensité à part, que la salivation quand un corps sapide est introduit dans la bouche.

La cataracte occupe plus de soixante pages du livre de M. de Janselme, et, telles sont la rapidité entraînante du style, la netteté de la pensée, qu'il suffit d'un assez court instant pour lire et conserver en mémoire ce long article.

Un sujet dans lequel M. Janselme a été livré à ses propres forces, et qui nous permet de le juger, à coup sûr très avantageusement, est celui de l'amaurose, sujet dont M. Velpeau s'est peu occupé, et, pour tout dire, dont il n'aime pas à s'occuper. Le lecteur n'en trouvera pas moins une histoire complète et aussi claire que possible de cette affection, dans le livre de M. Janselme. Nous en dirons autant des maladies de l'appareil lacrymal, autre sujet qui n'a pas un grand attrait pour M. Velpeau, et qui constitue, avons-nous dit, la matière du troisième chapitre du *Manuel pratique des maladies des yeux*. Ce qui explique, dans ce dernier cas, l'antipathie de M. Velpeau, c'est le peu de succès que l'on retire généralement des diverses méthodes opératoires employées contre la fistule et la tumeur lacrymales. Mais pourquoi ne s'en rapporter qu'aux méthodes opératoires dans le traitement de ces affections? Puisqu'on a demandé en vain le succès à la chirurgie mécanique, pourquoi ne pas recourir au traitement purement médical, que, pour notre compte, nous avons vu si souvent réussir au Val-de-Grâce, entre les mains de l'ancien chirurgien-en-chef de cet établissement, M. Gama?

Le quatrième chapitre, consacré à l'étude des ophthalmies spécifiques, nous semble avoir jeté une vive lumière sur un point, jusqu'alors obscur, de l'ophthalmologie. La question est nettement posée. Il y a deux manières de concevoir la spécificité. Dans l'une, on admet les modifications que peut imprimer aux ophthalmies l'état constitutionnel. Dans l'autre, on veut juger de l'état constitutionnel par certains caractères des ophthalmies. La première est celle de M. Velpeau, celle de M. Janselme, et la nôtre. La seconde, qu'il suffit de formuler pour qu'on la puisse juger, est celle de l'école allemande. Un appendice, uniquement relatif au traitement, termine le livre de M. Janselme. Qu'on juge par ce titre de l'importance de cet appendice : *Remarques pratiques sur la manière d'appliquer convenablement les différens moyens propres à guérir les ophthalmies.*

Nous avons parlé assez longuement d'un livre qui ne porte pourtant que le modeste titre de manuel, manuel, qui, au reste, a bien près de 700 pa-

ges. C'est que ce livre renferme tout un corps de doctrines. Nous n'avons pu nous empêcher de signaler, dans le cours de cette analyse, outre la valeur fondamentale de l'ouvrage, le mérite de l'exposition, de sorte que, pour éviter trop de redites, nous ne reviendrons pas sur nos éloges. L'auteur s'est demandé, dans sa préface, si la publication de son livre était opportune, et s'en est remis à la critique pour la réponse. Il y a une réponse très significative à une pareille question, c'est celle du public, et celle-là M. Janselme ne l'attend plus. L'avenir de son manuel avait deux garanties : une parfaite exécution, et la haute valeur scientifique du professeur dont M. Janselme a si fructueusement suivi les leçons. Nous n'avons plus que deux mots à ajouter : Le manuel de M. Janselme résumant avec la plus heureuse netteté les idées de l'un des chirurgiens qui ont le plus fait, de nos jours, pour l'ophthalmologie, ce livre est indispensable à quiconque voudra avoir une idée complète de la pathologie oculaire. Seul, il suffirait pour guider le chirurgien dans le diagnostic et le traitement des maladies des yeux.

C. M.

DES PRINCIPAUX VICES DE CONFORMATION DU BASSIN ET SPÉCIALEMENT DE SON RÉTRÉCISSEMENT OBLIQUE, par le docteur Nægelé, professeur de la clinique d'accouchement à l'université de Heidelberg. — Ouvrage orné de XVI planches, traduit de l'allemand et augmenté de notes, par A. C. Danyau, docteur en médecine de la faculté de Paris, chirurgien et professeur adjoint à l'hospice de la Maternité. Paris, J.-B. Baillière, 1840, in-8 de 272, plus 16 planches; prix : 8 fr.

C'est principalement aux accoucheurs que cet ouvrage s'adresse et se recommande. Il est le fruit de la constante observation et des laborieuses recherches d'un savant étranger, qui a long-temps enseigné et pratiqué son art avec succès; nous en devons la communication à un de nos compatriotes, fort distingué, qui a eu le bon esprit de le traduire pour en enrichir la littérature française, et d'y ajouter quelques notes qui ne sont pas d'une médiocre importance.

Pour annoncer et faire goûter ce double et utile travail aux praticiens, nous voudrions leur transmettre l'impression qu'il nous a causée; mais c'est chose bien difficile pour ne pas dire impossible; il faudrait, pour cela, le leur mettre tout entier sous les yeux. D'un autre côté, en donner un extrait, ce serait tronquer un ouvrage dont on ne peut juger que par son ensemble et par sa complète exposition; ce serait aussi priver les praticiens accoucheurs du plaisir qu'ils trouveront à le lire d'un bout à l'autre. D'ail-

leurs, il n'est pas de trop longue haleine, et, quoiqu'il ait dû coûter beaucoup de peine et de patience à l'auteur et au traducteur, il n'est pas difficile d'en prendre une prompte et entière connaissance; ce n'est pas un volume très considérable, il est écrit avec simplicité, précision et clarté, ce qui n'est pas très commun dans les productions modernes. Joint à cela que les planches dont il est orné, n'ajoutent pas peu à l'intelligence du texte.

On ne saurait, par conséquent, mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même. Nous osons lui promettre d'avance qu'il ne regrettera ni le temps, ni l'attention nécessaire pour le méditer. Il y verra comment le Nestor des accoucheurs allemands est venu à bout de tracer la monographie d'un vice particulier de conformation qu'on connaissait à peine. On croyait autrefois tout savoir à cet égard, quand on avait étudié et apprécié les irrégularités, les déformations ou défectuosités pelviennes qu'on attribuait au rachitis et à l'ostéo-malacie. On était dans l'erreur, comme cela est prouvé aujourd'hui par des faits non moins curieux qu'incontestables.

Pour rendre encore plus saillante et plus distincte l'espèce particulière de viciation qu'il a signalée et appelée *rétrécissement oblique du bassin*, le prof. Nœgelé a eu soin de la mettre en parallèle avec les autres déformations ou rétrécissemens de ce canal osseux, qui sont l'effet du rachitis ou de l'ostéo-malacie, et qui nécessitent l'intervention de l'art pour la terminaison de l'accouchement. Il en a également fait ressortir la différence avec le bassin simplement étroit, sans courbure, ni déformation des os, ou rétréci par le développement d'une exostose.

Il ne serait pas juste de terminer cet article, sans offrir au professeur Danyau les remercîmens et les éloges qu'il mérite pour avoir traduit et, en quelque sorte, nationalisé chez nous, un livre qui agrandit notre science obstétricale. On ne peut lire qu'avec beaucoup de fruit et d'intérêt les savantes et judicieuses notes dont il a augmenté l'ouvrage du célèbre praticien et professeur de Heidelberg. Après avoir eu l'admirable patience de vérifier la mensuration du bassin sur quatre-vingts femmes vivantes, d'après la méthode et l'indication du docteur Nœgelé, il a parlé de l'inclinaison du bassin et de la direction de sa cavité; détaillé deux observations d'exostose pelvienne; considéré en général les rétrécissemens du bassin par obstruction; et examiné l'influence des inclinaisons vicieuses sur la parturition. Toutes ces questions nous ont paru si intéressantes et si bien traitées, que, sans la crainte de montrer trop de partialité envers notre compatriote, nous le proclamerions le digne émule du savant étranger dont il a traduit, interprété, et commenté l'excellent ouvrage.

CAPURON.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE HERNIE INGUINALE (*hernie inguinale oblique interne*),

PAR M. VELPEAU.

Il serait difficile de trouver aujourd'hui, soit sous le rapport anatomique, soit sous le rapport de la thérapeutique, une classe de maladies dont on se soit plus occupé que des hernies. Chacun sait cependant que, presque tout ce qui concerne ces infirmités est remis chaque jour en question. Les orifices qui donnent issue aux viscères, la direction des trajets herniaires, le siège précis des étranglemens, les indications et les modes de débridement, sont encore l'objet de fréquentes controverses, et semblent même exiger une révision nouvelle. Mon but, dans ce mémoire, n'est pas d'aborder le sujet dans toute son étendue. Je m'en tiendrai, pour le moment, à l'examen d'une variété de hernies qui n'avait point été décrite jusqu'ici.

Cette hernie, qui appartient à la classe des hernies inguinales, et qu'on peut appeler *oblique interne*, s'effectue par la *fossette* qui se voit entre le bord externe du muscle droit de l'abdomen et le cordon de l'artère ombilicale, en partant

de la fosse iliaque. Comme les hernies inguinales obliques externes, et inguinales directes, elle s'est déjà montrée sous trois formes : 1° à l'état de hernie complète ; 2° à l'état de hernie incomplète ; 3° à l'état de hernie intra-pariétale. L'exemple le plus notable que j'en possède et dont je vais d'abord exposer les détails, permet, en outre, d'apprécier la valeur de certaines doctrines récentes sur le siége exact des étranglemens herniaires, et de constater la disposition des tissus, comme la possibilité d'une nouvelle variété dans les hernies intra-pariétales.

1re OBSERVATION. — *Hernie inguinale oblique interne chez une femme. — Etranglement. — Opération. — Mort. — Examen des pièces. — Hôpital de la Charité. — Salle Sainte-Catherine, n° 17.*

Le 1er décembre 1840 est entrée à l'hôpital de la Charité, la nommée Nicolas (Jeanne-Marie), âgée de 63 ans, garde-malade. Cette femme paraît douée d'une forte constitution ; elle n'a jamais eu de maladie grave ; maigre jusqu'à l'âge de trente ans, tout en jouissant néanmoins d'une bonne santé, elle avait eu trois grossesses qui s'étaient toutes terminées d'une manière heureuse. A partir de là, elle prit insensiblement de l'embonpoint jusqu'à l'âge de 48 ans, époque à laquelle la menstruation a cessé d'exister.

Depuis deux ans environ, la malade a remarqué qu'à la suite d'un effort quelconque, d'un accès de toux, par exemple, il se formait une tumeur dans la région inguinale droite. De légères coliques se manifestaient alors, quelquefois immédiatement après l'apparition de la tumeur ; mais au bout de quelques instans, le tout disparaissait. Aussi cette femme n'a-t-elle jamais songé à porter de bandage. Rien de parti-

culier ne s'était manifesté jusque-là chez elle, lorsqu'il y a trois jours après un effort pour soulever un matelas, elle a senti tout-à-coup une vive douleur dans l'aine. Des coliques violentes n'ont pas tardé à survenir; quelques matières liquides d'une couleur verdâtre ont été vomies, et presque immédiatement après la malade a éprouvé du soulagement. Elle est restée dans cet état jusqu'au soir sans éprouver d'autre accident que de légères coliques; il ne s'est manifesté depuis la veille aucun besoin d'aller à la garderobe; la malade prend un lavement simple, puis le rend peu de temps après avec une certaine quantité de matières fœcales. Les vomissemens n'ont pas reparu.

La nuit est assez bonne jusqu'à deux ou trois heures, où les coliques reparaissent, ainsi que les vomissemens. Le reste de la nuit la malade a été très agitée; le matin on consulte un médecin qui prescrit une application de sangsues sur la tumeur, après avoir fait quelques tentatives inefficaces de taxis; un bain est donné dans la soirée; de nouvelles tentatives de taxis sont encore faites, toujours sans succès; la malade passe une assez bonne nuit, sans garderobe, mais aussi sans vomissemens; de temps en temps quelques nausées se montrent encore cependant; le lendemain matin, les vomissemens reparaissent; un nouveau médecin est appelé; et après avoir constaté l'état de la malade, il conseille de la transporter sur-le-champ à l'hôpital de la Charité.

Le 1er décembre à 10 heures du matin, elle nous a présenté l'état suivant.

La malade est d'un embonpoint assez considérable, néanmoins elle a les chairs fermes et paraît douée d'un tempérament robuste. Son état général est peu satisfaisant. Le pouls est

petit, fréquent; la face est altérée, la langue blanche, mais humide; le ventre est à peine ballonné et conserve de la souplesse; la pression, dans toute cette partie, n'augmente pas la douleur, si ce n'est au niveau de la région inguinale; il n'y a pas eu de garderobes depuis le dernier lavement, et pas de vomissemens depuis le matin; mais à chaque instant il survient des éructations; la malade se plaint d'avoir la bouche mauvaise. Dans la région de l'aine du côté droit, au-dessus du niveau du ligament de Fallope, il existe une tumeur, que l'œil distingue à peine, à cause de l'embonpoint de la malade, mais que le toucher constate sans difficulté; on trouve en effet sur ce point une tumeur du volume d'un œuf de poule environ et mal circonscrite. Cette tumeur est d'une consistance difficile à préciser, car en la pressant elle échappe pour ainsi dire sous le doigt et cause à la malade des douleurs très vives. On essaie le taxis, mais modérément, à cause de la position de la hernie. Le danger ne paraissant pas imminent, on prescrit un lavement avec 8 grammes de tabac en infusion dans 500 grammes d'eau, et un bain de deux heures.

Le soir, à cinq heures, il n'y a aucun changement. Une nouvelle tentative de taxis est encore faite, mais avec beaucoup de précaution; le résultat en est nul, et on procède immédiatement à l'opération de la manière suivante.

Opération : La malade étant couchée dans son lit, la région pubienne de ce côté ayant été rasée, on fait une incision oblique, longue de 9 à 10 centimètres, dans le sens du grand diamètre de la tumeur, ou du ligament de Fallope. La peau et la couche sous-cutanée, dont l'épaisseur est de 3 centimètres, étant divisée, on aperçoit au fond de la plaie l'aponévrose du muscle grand-oblique distendue, et qu'on tranche

sur la sonde cannelée dans presque toute l'étendue de l'incision extérieure. Dès-lors la tumeur, cessant d'être comprimée, s'échappe pour ainsi dire hors de la plaie. On reconnaît le sac herniaire, dont les parois épaissies, sont en outre doublées d'une couche graisseuse foliacée. Plusieurs incisions sont faites successivement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on arrive à la cavité du sac, qu'on ouvre ensuite sur une sonde cannelée dans toute son étendue. Ne renfermant pas la plus petite quantité de sérosité, ce sac était comme collé aux viscères. Une anse intestinale apparaît donc immédiatement, surmontée d'une certaine quantité d'épiploon; la surface de l'intestin est brune, mais rénitente, et ne présente aucun signe de gangrène. On procède, sans désemparer, au débridement. Le doigt indicateur de la main gauche est porté à la partie supérieure et externe du collet du sac; un bistouri à sommet mousse est glissé à plat sur le doigt et introduit dans l'anneau; son tranchant, tourné en haut et en dehors, débride aussitôt l'anneau dans l'étendue de cinq à six lignes. Cela étant fait, la réduction de l'intestin a été opérée avec une grande facilité.

Une masse épiploïque est restée adhérente au collet du sac; l'opération n'a présenté aucune complication; il s'est écoulé peu de sang. Pour le pansement, un linge cératé a été appliqué sur la plaie; quelques boulettes de charpie très molles ont servi à en combler la cavité; un plumasseau, des compresses et un bandage triangulaire ont complété le pansement.

Immédiatement après l'opération la malade a éprouvé du soulagement. On lui prescrit un lavement purgatif; de l'eau de tilleul, de l'eau de Seltz pour boisson.

La nuit est bonne; la malade a une garderobe abondante:

les vomissemens ne reparaissent pas ; de légères coliques se manifestent de temps à autre, néanmoins elle a pu dormir près de quatre heures.

Le 2, à la visite, la malade se trouve bien; son pouls est petit, fréquent; son ventre est ballonné, mais peu douloureux à la pression. Elle ne se plaint que de quelques coliques. On prescrit encore un lavement purgatif, un grand cataplasme fortement laudanisé sur le ventre, une application de cinquante sangsues pour le soir, dans le cas où il y aurait exaspération des symptômes, de l'eau de Seltz pour boisson, la diète absolue. — La journée est assez bonne. La malade a dormi une heure environ après la visite du matin; il y a eu une nouvelle garderobe; mais le soir, vers cinq heures, elle a éprouvé des douleurs plus vives dans le ventre; ces douleurs sont continues et occupent toute la cavité abdominale; le pouls est devenu plus petit et plus fréquent. On applique 50 sangsues, qui saignent abondamment; les douleurs n'en ont pas moins persisté ; la nuit a été très mauvaise, sans sommeil. Le 3, à la visite, le pouls est toujours petit et fréquent. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression ; la face est profondément altérée; des vomissemens sont survenus dans le courant de la nuit, et persistent le matin; les piqûres de sangsues coulent encore au moment de la visite; à tous ces signes on reconnaît une péritonite générale; même tisane, frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel et l'extrait thébaïque; les accidens continuent et la malade meurt le 3, à quatre heures de l'après-midi.

L'autopsie est faite quarante-huit heures après la mort; l'état du cadavre ne présente rien qu'il soit important de signaler; la cavité péritonéale étant ouverte, on trouve dans toute son étendue les traces d'une péritonite des plus in-

tenses; la surface intestinale, distendue par des gaz, est d'un rouge violacé dans plusieurs points; les circonvolutions intestinales sont réunies les unes avec les autres par des fausses membranes de nouvelle formation; du pus floconneux existe en assez grande quantité dans l'intérieur du petit bassin; l'anse intestinale qui était renfermée dans la hernie, est située dans la fosse iliaque droite, à côté du cœcum, et n'est unie par aucune adhérence à la paroi abdominale; un faisceau d'épiploon vient se fixer sur le collet du sac, où il adhère d'une manière très intime. Toute la région qui était le siège de la hernie ayant été séparée du cadavre, j'en ai fait une dissection minutieuse, et j'ai pu constater les dispositions suivantes:

1° La distance de l'angle postérieur ou de la symphyse du pubis au bord interne du collet du sac est de 3 centimètres et demi.

2° La distance du bord externe du collet du sac à l'artère épigastrique est de 2 centimètres.

3° La distance de l'artère épigastrique à l'artère ombilicale est de 1 centimètre et demi.

4° La distance du bord externe du collet du sac à l'anneau inguinal interne (iliaque) est de 2 centimètres un quart.

Avant de commencer la *dissection des parties* du côté du ventre, on voyait, d'une manière manifeste, l'ouverture iliaque du canal inguinal, tout-à-fait libre, et fort éloignée de la hernie; l'artère épigastrique faisait une saillie très marquée sous le péritoine; entre celle-ci et l'artère ombilicale également très saillante, il y avait *une fossette* ou dépression très marquée; en dedans de l'artère ombilicale, entre elle et le bord externe du muscle droit, au niveau et au-dessus du ligament de Gimbernat, on aperçoit l'ouverture à tra-

vers laquelle la hernie s'est produite. La dissection de celle-ci a démontré les rapports suivans : l'artère épigastrique et l'artère ombilicale sont placées en dehors de l'ouverture herniaire; immédiatement en dedans des fibres aponévrotiques qui, se détachant du bord externe du muscle droit, vont se porter sur le ligament de Gimbernat, on voit une ouverture comme par éraillure. Les fibres aponévrotiques, en effet, semblent s'écarter à la partie supérieure de l'anneau herniaire pour se réunir de nouveau à sa partie inférieure, au moment où elle vont se perdre sur le ligament de Gimbernat ; à la partie supérieure et externe de cet anneau, les fibres aponévrotiques ont été coupées transversalement, au moyen du débridement, dans l'étendue de trois à quatre lignes. — Le ligament de Gimbernat présente, à sa partie moyenne, une fossette dans laquelle on pourrait introduire la pulpe du doigt, et qui est remplie par un peloton graisseux.

Du côté où l'opération a été pratiquée, nous avons constaté que les premières incisions avaient intéressé la peau, le tissu sous-cutané, l'aponévrose de l'oblique externe. Celle-ci a été divisée sans que l'anneau pubien fût compris dans l'incision. Les parties étant étalées et maintenues fixes, on aperçoit la cavité du sac, dont les parois ont une épaisseur de près de deux lignes; l'ouverture qui le fait communiquer avec la cavité péritonéale, est placée à la partie interne et supérieure. On voit manifestement que *le grand axe de la hernie est dirigé obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant ;* la tumeur n'avait aucune tendance à se porter du côté de l'anneau externe ; elle se dirigeait, au contraire, du côté de l'épine iliaque. A la partie interne du collet du sac on voyait un peloton épiploïque qui se continuait avec la masse conservée du côté de l'abdomen, et que j'ai déjà

mentionnée ; en soulevant le sac, on retrouvait tous les élémens du canal inguinal ; le fascia transversalis soutenait la hernie en arrière ; le ligament de Fallope en bas, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse en haut. (Observation *recueillie sous mes yeux par M. Demeaux, interne du service, et aide d'anatomie à la faculté.*)

Remarques. — On voit donc, par ce fait, que les organes contenus dans l'abdomen peuvent faire hernie au dehors dans la région inguinale, en suivant une voie qui n'avait point encore été décrite jusqu'à présent; en effet, les hernies inguinales ont toutes été rapportées à deux classes: à la classe des hernies dites obliques ou externes, quand l'artère épigastrique reste sur le côté interne de leur collet; à la classe des hernies appelées directes ou internes, lorsque les vaisseaux épigastriques se trouvent en dehors, en même temps que le cordon de l'artère ombilicale reste en dedans. Or, ce n'est point ainsi que se sont rencontrés les objets dans l'exemple qui vient d'être relaté. Là nous avons trouvé le collet du sac, très éloigné de l'artère épigastrique, ayant l'artère ombilicale à son côté externe, et le bord aponévrotique du muscle droit du ventre à son côté interne ou pubien. S'étant fait un trou en éraillant le fascia transversalis, ou mieux les fibres albuginées qui se détachent du muscle droit pour gagner la paroi iliaque de l'abdomen, l'intestin et l'épiploon enveloppés du péritoine s'étaient portés en dehors, en avant et en haut, de manière à laisser l'anneau inguinal proprement dit parfaitement libre en dedans et en bas, de telle sorte aussi que l'aponévrose du grand oblique, maintenue intacte, coiffait en entier la tumeur par devant. C'est, en conséquence, une hernie dont l'axe croiserait à angle droit celui de la hernie inguinale externe, et qui peut rester indépendante jusqu'à la

fin, du canal inguinal et de ses deux orifices naturels. Tout indique néanmoins que les choses se présentent quelquefois autrement. Dans l'observation que j'emprunte à A. Cooper, et dont voici le peu de détails, les viscères, engagés par le même point que dans la mienne, sortaient évidemment par l'anneau inguinal externe et formaient au dehors une hernie complète.

Deuxième observation. (A. COOPER.)

« Sur l'une des préparations que je possède, dit A. Cooper (*Œuvres chirurgicales*), on trouve six hernies de cette espèce (directe). Cette préparation provient d'un malade de M. Weston, chirugien, à Schereditch. Le sujet avait éprouvé pendant long-temps de la difficulté à uriner, et n'avait pu être soumis aux traitemens ordinaires, tant à cause de sa santé générale trop profondément altérée qu'à cause de l'excessive irritabilité que présentait chez lui le canal de l'urètre. A l'autopsie, je trouvai plusieurs rétrécissemens et, derrière l'un d'eux, un calcul enchatonné dans l'urèthre. Il y avait six hernies, trois de chaque côté; toutes étaient directes.» (*Traduct. de Chassaignac et Richelot,* p. 281, obs. 248.)

« La figure donnée par A. Cooper (*On hernia,* 2ᵉ édit., pl. 10) du fait observé par M. Weston montre d'ailleurs qu'une des hernies existait, de chaque côté, entre les restes de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit de l'abdomen » (Morton, *the surg. anat. of inguin. hernia,* etc., p. 258. — 1841).

Malgré son insignifiance relative, cette courte note n'en suffit pas moins pour mettre hors de doute l'existence d'une hernie inguinale oblique interne chez le malade de Weston.

Il en ressort évidemment aussi que la hernie était complète. S'il en était autrement, A. Cooper et M. Morton l'eussent certainement indiqué; des hommes aussi exercés n'auraient point passé sous silence l'emprisonnement des viscères dans l'épaisseur des parois abdominales s'il se fût rencontré dans le cas examiné par eux comme dans le mien.

Une troisième variété de cette hernie va ressortir du fait publié par M. Goyrand.

Troisième observation. (Goyrand, chirurgien de l'hôpital d'Aix.)

« Un vieillard octogénaire, de l'hospice des Incurables, dans un état de caducité, est pris, le 27 décembre, de douleurs vers la partie supérieure du cordon spermatique gauche; bientôt des vomissemens surviennent; le malade me fait appeler le surlendemain, et je le trouve dans l'état suivant: décrépitude, marasme sénile, tumeur cylindroïde, dure et douloureuse au toucher, qui, de l'anneau, descend jusqu'à quelques lignes au-dessus du testicule et se termine brusquement dans ce point par une extrémité arrondie; vomissemens répétés; météorisme; suppression des selles; dans la soirée, quelques matières stercorales fort dures sont expulsées avec un lavement. Diète; application émollientes sur la tumeur. Le 28, la tumeur a envahi tout le cordon. Le 29, elle est un peu moins dure; le cylindre qu'elle forme est moins circonscrit; un lavement entraîne encore quelques matières solides; cependant, le météorisme de l'abdomen et les vomissemens persistent; le pouls s'affaiblit, et le malade succombe le 2 janvier.

Autopsie. La tumeur scrotale n'était autre chose qu'un phlegmon du cordon testiculaire; du pus bien formé était

infiltré dans les mailles du tissu cellulaire enflammé qui unissait les divers élémens du cordon. Supérieurement, le phlegmon avait franchi les limites que lui opposaient les enveloppes du cordon, et avait envahi le tissu cellulaire sous-cutané de la partie inférieure gauche de la paroi antérieure de l'abdomen. Il accompagnait aussi le cordon dans le canal inguinal. Nous poussâmes plus loin, et nous trouvâmes une petite hernie étranglée dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen, *vis-à-vis l'anneau inguinal*. Cette hernie, que nous n'aperçûmes qu'après avoir détaché l'aponévrose du grand oblique, était du *volume d'une petite noix*, et n'avait d'autre enveloppe que son sac péritonéal. Le tissu cellulaire qui l'entourait était frappé d'inflammation, et commençait à suppurer comme celui du cordon. Le sac contenait de la sérosité brunâtre, et une portion d'intestin d'une couleur brun foncé formant à l'intérieur du sac une ampoule du volume d'une aveline. C'était la partie inférieure de l'iléon qui s'était ainsi engagée. *La hernie s'était formée en dedans du cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale; l'épigastrique passait en dehors du collet du sac*. Un anneau arrondi à bords résistans et tranchans, ayant trois lignes de diamètre, livrait passage à la hernie. *Cet anneau était une perforation du fascia transversalis;* l'intestin n'était que pincé, et conservait, à cet endroit, au moins un tiers de son calibre; le point de l'intestin sur lequel portait l'ouverture annulaire du fascia présentait une forte dépression circulaire au fond de laquelle étaient plusieurs eschares étroites, allongées de couleur gris-ardoisé. Ce fait est curieux par la coïncidence qu'il nous présente de deux maladies ayant des symptômes communs, et qui ont pu, dans quelques cas, être prises l'une pour

pour l'autre. Peut-être aussi n'est-il pas sans importance sous le rapport de l'anatomie pathologique? » (*Gazette des Hôpitaux*, t. v, p. 478.)

Remarques. — Il serait à désirer, sans doute, que M. Goyrand eût donné de la hernie dont il s'agit une description plus détaillée, mieux circonstanciée qu'il n'a cru devoir le faire, sous le rapport anatomique; mais ce qu'il a mentionné suffit pour montrer : 1° que, chez son malade, l'intestin s'était engagé par la fossette inguinale interne, en éraillant l'aponévrose entre le cordon de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit; 2° que la hernie était incomplète et dirigée dans le sens de l'anneau de l'oblique externe; 3° enfin, qu'elle différait par là du cas observé par A. Cooper, et de celui qui m'est propre, tout en conservant le même point de départ que chez nos deux malades.

État anatomique.

Wilmer, qui *semble* (t. II, p. 206) aussi avoir rencontré la hernie oblique interne, n'a pas plus fait attention que A. Cooper et M. Goyrand à ses caractères spéciaux. Guidé par l'anatomie, j'en donnai la description en 1825 après en avoir deviné la possibilité. Voici quelques-uns des passages que je lui ai consacrés dans la première édition de mon *Anatomie chirurgicale*, alors que personne, je crois, n'y avait encore songé.

« La face postérieure de la paroi péritonéale du canal inguinal peut être divisée en trois portions. La première, très peu étendue, se trouve comprise entre l'ouverture postérieure du canal inguinal et l'artère épigastrique, et fait partie de l'excavation ou de la *fossette* inguinale externe. Toutes les fois que les viscères s'introduisent par ce point pour faire hernie,

la tumeur est dite hernie *inguinale externe*. La seconde est limitée par l'artère épigastrique en dehors, et par l'artère ombilicale en dedans; elle correspond à la *fossette* inguinale interne (lisez : directe), et quand les organes sortent de l'abdomen en passant par ce point, ils commencent par appliquer les deux parois du canal l'une contre l'autre, à la manière des soupapes, et franchissent ensuite l'anneau presque directement en avant. La tumeur alors prend le nom de hernie *inguinale interne* (directe ou moyenne). Enfin, la troisième s'étend de l'artère ombilicale au bord externe du tendon du muscle droit, et forme le fond d'un *petit creux triangulaire* par lequel des hernies peuvent aussi se former. Les viscères, dans ce cas, sont obligés de se diriger légèrement en dehors pour sortir par l'orifice externe, autrement ils passeraient contre la face postérieure du pilier interne et ne pourraient s'échapper que par l'éraillement des fibres qui composent cette bandelette.» (*Anat. chir.*, t. II, p. 89, 1re éd.).

J'ajoute plus loin :

« Nous avons vu que la hernie inguinale interne pouvait exister de deux manières : 1° par la fossette qui sépare le ligament ombilical de l'artère épigastrique; 2° par l'excavation qui existe entre la vessie et l'artère ombilicale. En général, on ne parle pas de ce dernier cas..... » (*Anat. chir.*, t. II, p. 105, 1re édit.).

J'y reviens, enfin, de nouveau en ces termes :

« Sur les côtés du sommet de la vessie, dans la région iliaque, on rencontre les trois fossettes inguinales déjà indiquées. L'une de ces fossettes est oblique, en bas et en dehors, très superficielle, limitée par l'épine de l'ilium et par l'artère épigastrique. Elle conduit dans le canal inguinal : on peut la nommer *fossette inguinale externe*; la

seconde, beaucoup plus profonde, mais moins large, regarde directement en avant et en bas; elle correspond à l'anneau du muscle oblique externe, se trouve limitée par la précédente en dehors et par l'artère ombilicale en dedans; c'est la *fossette crurale* (inguinale moyenne); enfin, la troisième, plus excavée encore et triangulaire, regarde obliquement en dehors, et répond à la face postérieure (de l'épanouissement aponévrotique) du muscle droit : nous la nommerons *fossette iliaque interne* ou *pubio-vésicale* (lisez: inguinale interne); c'est elle qui forme la base des triangles omphalo-vésicaux.» (*Anat. chir.*, t. II, p. 123, 1re édit).

Pour admettre que cette espèce de hernie ne soit pas très rare, il faudrait supposer qu'on l'a comprise jusqu'ici dans la classe des hernies ventrales ou par éraillure. Or, si la chose doit être considérée comme possible, il n'en faut pas moins convenir que, quant à présent, elle ne pourrait être soutenue qu'au moyen de pures suppositions.

Du reste, quelle que puisse être l'opinion des anatomistes et des chirurgiens, à cet égard, il est manifeste que le déplacement viscéral, dont je viens de parler, forme une hernie tout aussi distincte, aussi spéciale, que la hernie inguinale directe. Elles se font toutes les deux par une éraillure des aponévroses, plutôt que par des ouvertures normales, naturelles; mais chacune d'elles trouve sa cause prédisposante dans une fossette, dans une excavation, une dépression primordiale de la rainure iliaque. Ce qui force surtout à ne les confondre, ni l'une ni l'autre, avec les hernies ventrales ou par éraillure simple, c'est la fixité de leur point de départ, ce sont leurs rapports avec les vaisseaux du voisinage, et par suite les différences qui en résultent pour le sens à donner au débridement quand elles nécessitent la kélotomie.

Qu'une hernie se fasse par l'anneau du grand oblique lui-même, ou qu'elle s'effectue par quelque éraillure du contour de cet anneau, peu importe au fond, pourvu que les vaisseaux épigastriques restent sur le côté interne de son collet : les règles du débridement de la hernie inguinale externe n'en seront nullement dérangées. Il saute aux yeux les moins clairvoyans, au contraire, qu'en ne distinguant pas de la hernie inguinale externe, celle qui se fait par la fossette inguinale moyenne, on exposerait le malade à de véritables dangers au moment de l'opération. Qui ne serait effrayé ici à l'idée d'un large débridement en dehors, tel qu'on le pratique sans aucune crainte dans les hernies inguinales externes ! Ne point confondre la hernie oblique interne avec la hernie directe a bien aussi son importance. Séparée de la fossette moyenne par le cordon de l'artère ombilicale, elle se tient ainsi fort loin de l'artère épigastrique. Il serait, en conséquence, permis d'en débrider le collet en dehors, en haut ou en dedans presque indifféremment. La crainte de rencontrer un reste de perméabilité dans l'artère ombilicale, justifierait seule le besoin de porter alors le bistouri en dedans plutôt qu'en dehors. D'ailleurs, ce n'est point un simple hasard, mais bien un arrangement tout-à-fait naturel des rubans anatomiques qui porte les organes à s'engager par là de préférence ; tandis que rien ne dit, *à priori*, sur le cadavre la place des hernies par éraillure proprement dites.

Espèces de hernies normales.

Envisagée sous ce point de vue, la question permettrait d'établir deux grandes classes de hernies : 1° hernie ayant leur

cause prédisposante dans des excavations naturelles de la face péritonéale des parois du ventre ; 2° hernies n'ayant rien de fixe, rien de normal, dans leurs causes prédisposantes.

Hernies crurales.— En partant de la fosse iliaque interne, la première classe comporte deux divisions essentielles, les hernies crurales et les hernies inguinales, qui entraînent chacune trois variétés. Il existe en effet autant de dépressions au dessous du ligament de Fallope qu'au dessus. La première de ces dépressions se voit sur le côté externe de l'artère iliaque, en dehors de l'artère épigastrique. La seconde ou l'orifice du canal crural, proprement dit, est séparée de la première par les vaisseaux épigastriques et fémoraux. On en aperçoit une troisième sur la face postérieure de la plaque complexe connue sous la nom de ligament de Gimbernat. Des hernies se sont engagées par ces trois points. M. J. Cloquet a vu sur le cadavre, et j'ai vu de mon côté sur des pièces préparées, conservées par A. Thomson, la *hernie crurale externe*. Une *hernie crurale interne* a été opérée et démontrée par M. Laugier, qui m'a mis a même d'en examiner la pièce. Quant aux *hernies crurales moyenne*, chacun en connaît la fréquence. Contrairement à ce que soutient Scarpa, j'avais d'ailleurs entrevu, dès 1826, la possibilité des hernies crurales externes, ainsi qu'il résulte du passage suivant, extrait de la première édition de mon *Anatomie Chirurgicale*.

« ..... Nous avons toujours vu qu'en glissant l'extrémité du doigt de dehors en dedans sur la face postérieure du ligament de Fallope, on tombe dans la fossette iliaque externe, c'est-à-dire sur le côté externe de l'artère et de la veine fémorales, de manière à pouvoir pénétrer dans le canal crural sans beaucoup d'effort, tout en longeant le même côté de ces vaisseaux. Il faut convenir cependant, que la hernie est

difficile par ce point.... Mais quelquefois l'artère épigastrique fait un relief plus considérable dans la fosse iliaque, ce qui augmente d'autant la fossette iliaque externe; alors le déplacement pourrait commencer au moins en dehors, et la possibilité d'une semblable disposition est importante à noter, car il est évident que, dans un cas de cette espèce, en débridant en dedans, on ne manquerait pas de diviser l'artère épigastrique qui entourerait le collet du sac dans la moitié interne de sa circonférence (*Anatomie Chirurgicale*, t. II, p. 147, première édition.)

Aujourd'hui, ces suppositions se trouvent pleinement réalisées par les faits. Les pièces observées par MM. J. Cloquet, A. Thomson et par moi, ne permettent plus de révoquer en doute la possibilité des hernies crurales externes. Un second exemple de hernie crurale interne ou par le ligament de Gimbernat m'a été soumis par M. Demeaux, qui l'a rencontré sur un cadavre dans les pavillons de l'école pratique.

Il conviendrait donc de considérer actuellement les hernies *normales* de la région ilio-inguinale dans le sens du tableau ci-contre.

Hernies inguinales. — Pour les hernies crurales, la nomenclature n'offre pas la moindre difficulté. Les auteurs n'en ayant admis jusqu'alors qu'une seule espèce, nous ont laissé le champ libre quant aux noms, ou aux épithètes que pourraient exiger les espèces nouvelles. Ainsi les mots hernie crurale externe, hernie crurale moyenne, hernie crurale interne n'entraîneront aucune confusion à l'égard des hernies crurales en général. C'est malheureusement tout le contraire pour les hernies inguinales. La hernie décrite par Hesselbach ayant reçu le nom de hernie inguinale interne, m'avait d'abord fait sentir le besoin d'un nom différent pour la hernie que j'ai décou-

verte. Aussi avais-je songé au titre de hernie *vesico-pubienne*, de hernie suspubienne ; mais j'ai bientôt reconnu que des noms pareils ne pouvaient pas lui rester. Il n'y a réellement que le titre de hernie inguinale interne qui puisse lui convenir, si l'on veut établir quelque clarté, quelque harmonie dans la nomenclature du sujet. En réservant le nom de hernie directe ou moyenne qu'elle porte déjà pour la hernie interne de Hesselbach, il n'y aura plus d'ambiguïté possible. Tout embarras, au surplus, disparaîtrait à l'instant, s'il en restait encore, en appelant hernie *oblique interne* celle que j'ai décrite, comme on appelle hernie oblique externe la hernie inguinale commune.

1° Hernies crurales. Au-dessous du ligament de Poupart.	Externe.	Vaiss. épigastriq. et fémor. en dedans, observés par J. Cloquet, Thomson et moi.	Nécessité de débrider en dehors.
	Moyennes ou communes.	Vaiss. épigastriq. et fémor. en dehors, art. ombil. en dedans.	Nécessité de débrider en haut et en dedans.
	Internes, à travers le ligament de Gimbernat.	Vaiss. épigast. très loin en dehors, art. ombil., q. q. f. en dehors, q. q. f. en dedans.	Débridem. en haut, en dehors ou en dedans presqu'indéf.
2° Hernies inguinales. Au-dessus du ligament de Poupart.	Externes ou communes.	Vaisseaux épigastriq. en dedans.	Débridement en dehors et en haut.
	Moyenne ou directe (interne de Hesselbach).	Vaiss. épigastriq. en dehors, art. ombil. en dedans.	Débridement en dedans ou en haut. Par un trou, non par un canal.
	Interne ou oblique interne.	A plus d'un centim. en dedans des vaisseaux épigastriq., art. ombil. en dehors, bord du m. dr. en dedans.	Débridement permis dans tous les sens. Par un canal oblique en dehors et en avant.

Histoire de la hernie inguinale interne.

Au demeurant, il y a donc, en sus des hernies inguinales

déjà connues, une hernie non décrite quoique assez fréquente peut-être, et qui s'opère entre le bord externe du muscle droit près du pubis et le cordon de l'artère ombilicale. Cette hernie a déjà été rencontrée chez l'homme et chez la femme. Elle peut-être incomplète, c'est-à-dire, rester dans l'anneau des lames aponévrotiques du muscle droit comme chez le malade opéré par M. Goyrand; seule, sans complication et chez l'homme, elle serait alors très difficile à diagnostiquer. Laissant les deux ouvertures et le trajet du canal inguinal parfaitement libre, elle ne pourrait guère être distinguée que par hasard des étranglemens internes, à moins que le doigt porté dans l'anneau de l'oblique externe ne sentit une bosselure élastique et globuleuse en dedans et en arrière.

Se montrant à l'état de hernie complète comme dans le cas de A. Cooper, elle peut s'échapper par l'anneau de l'oblique externe et revêtir les caractères physiques du bubonocèle ordinaire; mais on conçoit aussi qu'elle puisse sortir par quelque éraillure des piliers du grand oblique ainsi que toute autre hernie inguinale. Comme hernie complète et par l'anneau elle conservera une tendance manifeste à bomber au dehors et en avant. Laissant le trajet du cordon libre vers la fosse iliaque, elle permettra de constater l'existence d'une sorte de corde tendue dans le ventre, en arrière et en dedans, du côté du bassin à travers la paroi iliaque de l'abdomen et près de l'anneau. Obligés de se porter obliquement en dehors, en allant de l'intérieur à l'extérieur, les viscères ont une plus grande facilité à s'arrêter entre les couches de la paroi abdominale, dans cette espèce de hernie que dans toute autre. Ici, la tumeur, vague, diffuse, étrangère aux deux anneaux du canal inguinal, n'en reste pas moins au-dessus du ligament de Fallope, et ne serait, en outre, différenciée

des autres hernies intra-pariétales que par la direction en dedans et en arrière de la corde de la fosse iliaque.

On devine, au surplus, que les couches de tissus qui séparent la peau des organes ne sont pas les mêmes dans ces trois variétés de la hernie inguinale interne.

Complète et hors de l'anneau, la hernie oblique interne offre pour enveloppes : 1° la peau; 2° le *fascia* sous-cutané; 3° la trame lamellée de l'aponévrose du grand oblique; 4° le *fascia propria*; 5° le sac péritonéal. La racine du dartos et le *fascia transversalis*, ne s'y trouvent que par accident. Bornée à son ouverture d'origine comme dans l'observation de M. Goyrand, cette hernie présente le même nombre et la même variété d'enveloppes que dans le cas précédent. A l'état de hernie intra-pariétale, elle reste couverte par : 1° la peau; 2° le *fascia* sous-cutané; 3° l'aponévrose entière du grand oblique; 4° le tissu cellulo graisseux qui sépare cette aponévrose du *fascia transversalis*; 5° le *fascia propria*; 6° le sac.

Il faut ajouter que le fascia transversalis se laisse quelquefois distendre, allonger, du moins quant à son canevas celluleux, au lieu de s'érailler nettement, et qu'il sépare alors le *fascia propria* des enveloppes extérieures de la hernie. Du reste, quelle qu'en soit la variété, la hernie oblique interne ne peut ni s'envelopper du cordon testiculaire en l'épanouissant, ni passer au-dessous : elle en croisera nécessairement le bord supérieur pour le laisser en arrière et en dedans; tandis que la hernie externe le refoule presque toujours en dehors, et que la hernie moyenne s'en coiffe aussi quelquefois.

Ne pouvant acquérir qu'un médiocre volume, devant offrir, à-peu-près constamment, une forme globuleuse, la hernie oblique interne n'en est pas moins susceptible d'étranglement : 1° à l'entrée; 2° à la sortie du trou qu'elle traverse;

3° par le collet ou les collets du sac. Traversant plutôt un anneau qu'elle ne parcourt un canal, entourée en avant et en arrière de cercles fibreux fixes, peu mobiles, très rapprochés l'un de l'autre, surtout en dedans, cette hernie doit être facile à réduire par le taxis quand elle est complète. Il importe toutefois, lorsqu'on en essaie la réduction, de diriger les efforts presque exclusivement en dedans et en arrière vers le bassin.

L'*opération* de la hernie inguinale oblique interne étranglée n'a d'abord rien de particulier. Ce n'est qu'au moment du débridement qu'il importe d'en avoir les rapports bien présens à l'esprit. Ici, en effet, le collet du sac est disposé de telle sorte, que les incisions pourraient être dirigées sur ses deux tiers internes jusqu'à 2 centimètres d'étendue, sans exposer à la blessure d'aucun organe important. Il est vrai, en outre, que sur sa demi-circonférence externe, cet anneau peut être également incisé dans l'étendue de plus d'un centimètre sans risque sérieux, attendu que les vaisseaux épigastriques s'en trouvent généralement plus éloignés encore, et que le cordon de l'artère ombilicale est à-peu-près constamment oblitéré. Toutefois comme, il se pourrait que ce cordon fût perméable, chez les jeunes sujets, par exemple, comme, d'un autre côté, des doutes pourraient rester dans l'esprit du chirurgien au moment de l'opération, sur la question de savoir s'il s'agit bien réellement d'une hernie directe, je donne le conseil de porter préférablement le bistouri sur le bord interne, sur le bord inférieur, ou sur le bord supérieur de l'anneau fibreux plutôt qu'en dehors.

Peut-être est-il bon d'ajouter que l'étranglement, dans cette espèce de hernie, étant principalement dû aux fibres tendineuses du muscle droit qui se portent, sous forme

d'anses à concavité supérieure, en bas et en dehors, vers le ligament de Fallope ou la crête iliaque, le meilleur moyen de le détruire consisterait à diviser ces fibres perpendiculairement, c'est-à-dire, à porter le bistouri directement en bas ou bien obliquement en dedans et en bas.

S'il s'agissait d'une hernie oblique interne intra-pariétale, comme celle qui sert de base à ce mémoire, il faudrait s'attendre à la nécessité d'inciser largement l'aponévrose même du grand oblique. Il vaudrait mieux, en pareil cas, diviser en travers les rubans de cette aponévrose que de les isoler en incisant sur l'un des interstices celluleux qui les séparent. Pénétrer par l'anneau de l'oblique externe pour mettre à nu la hernie, ainsi qu'on le fait avec avantage dans les hernies obliques externes incomplètes, rendrait alors l'opération sensiblement plus laborieuse, parce que les viscères se sont réellement fait une loge indépendante du canal inguinal dans l'épaisseur des parois du ventre, quand ils se sont engagés par la fossette inguinale interne. Il convient donc, en divisant les tissus couche par couche, de ne point s'occuper du canal inguinal proprement dit, ni de ses orifices (Voyez la planche ci-jointe et son explication. Les objets ont été dessinés d'après nature par M. Estevenet, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux.)

Un mot sur le siége de l'étranglement dans les hernies.

S'il fallait prendre au sérieux un travail récent qui est sans doute échappé par inadvertance à la plume de l'un de nos jeunes confrères les plus capables, sur l'étranglement herniaire, l'observation relatée en tête de cet article suffirait pour détruire l'idée fondamentale exposée dans le travail en question. Effectivement l'examen des parties, au moment de

l'opération n'avait déjà laissé aucun doute sur le siège précis de l'étranglement; l'autopsie a permis ensuite de constater, au moyen du scalpel, et de la manière la plus irréfragable, que le péritoine n'était absolument pour rien dans la constriction, exercée uniquement par l'anneau fibreux qu'avaient traversé les organes déplacés. Au surplus, c'est là une question tellement jugée par l'observation de tous les jours qu'il serait entièrement inutile de s'y arrêter plus longuement.

Explication de la Planche.

Fig. 1. — HERNIE OUVERTE VUE PAR DEVANT.

— *a, a.* Mont de Vénus. — *b.* Ombilic. — *c.* Bord de la ligne blanche. — *d, d, d.* Portion de la paroi abdominale. — *e, e.* Racine de la cuisse. — *f, f.* Tégumens renversés. — *g, g.* Fascia sous cutané renversé. — *h, h, h.* Aponévrose du grand oblique. — *i, i.* Anneau du grand oblique. — *k, k, k, k, k.* Plaie de l'aponévrose. — *l, l.* Sac divisé, soulevé par l'épiploon. — *m.* Anse d'intestin.

Fig. 2. — PORTION DE BASSIN VU PAR LA FOSSE ILIAQUE.

— *a, a.* Muscle droit. — *b.* Coupe de la symphyse. — *c.* Muscle iliaque. — *d.* Muscle psoas. — *e.* Artère iliaque externe. — *f.* Veine iliaque externe. — *g.* Artère obturatrice. — *h.* Artère épigastrique. — *i.* Veine épigastrique. — *j, j.* Artère ombilicale. — *g.* Canal déferent. — *k.* Fossette crurale externe. — *l.* Fossette crurale moyenne. — *m.* Fossette crurale interne. — *n.* Fossette inguinale externe. — *o.* Fossette inguinale moyenne. — *p.* Fossette inguinale interne. — *q.* Portion d'épiploon conservé dans l'anneau herniaire.

Fig. 3. — MÊME PIÈCE SANS ÉPIPLOON.

LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

CLASSIFICATION NOUVELLE (*Suite de la page* 205).

Par M. A. DEVILLE.

§. 3. **Signes des luxations sous-pectorales et sous-scapulaires.**

Avant d'aborder cette partie de mon sujet, je dois résoudre cette question : Existe-t-il des luxations sous-pectorales? Je ne me bats pas du tout contre des fantômes, en répondant à cette question que quelques-uns probablement trouveront singulière; mais je ne l'ai pas seulement entendu poser, j'ai entendu des chirurgiens très instruits la résoudre par la négative. Expliquons-nous cependant; ils ne niaient pas que la

Tome 1.er Page 230.

tête de l'humérus pût venir faire saillie dans l'aisselle sans être coiffée immédiatement par le muscle sous-scapulaire; ils niaient que, dans une luxation quelconque, la tête de l'humérus pût se trouver entre le muscle sous-scapulaire et le muscle grand pectoral, ce que je me propose précisément de démontrer. Pour cela, je me servirai d'une observation de luxation sous-pectorale que j'ai recueillie avec soin, et de résultats d'anatomie pathologique que je puiserai dans les œuvres chirurgicales de sir A. Cooper (trad. de MM. Chassaignac et Richelot). Je vais commencer par donner l'observation tout entière, même dans les points non relatifs à la question que je veux résoudre en ce moment.

Obs. *Luxation sous-pectorale récente, réduction par les tractions verticales.* — Il est entré le 27 septembre 1840, au n° 25, salle Sainte-Catherine, hôpital de la Charité, une femme nommée Carbonnier, veuve Ducastel, âgée de 71 ans, sans profession. Hier matin, en descendant un escalier étroit, elle a fait un faux pas et est tombée sur le côté droit; elle a vivement étendu son bras droit pour saisir la rampe, et depuis lors, elle ne se rappelle plus ce qui est arrivé, parce qu'elle s'est trouvée mal. Sa santé habituelle est excellente, malgré son âge; elle mange bien, dort bien, marche très bien, n'est sujette à aucune infirmité et n'est jamais malade.

En l'examinant lorsqu'elle est couchée dans son lit, on voit que son épaule droite est entièrement déformée. Le bras, sur lequel l'avant-bras est fléchi à angle droit, est porté tout-à-fait en supination et tenu fortement écarté du tronc; il ne peut se mouvoir sans de vives douleurs, et les mouvemens sont très bornés. Au-dessous de l'acromion, au lieu d'une surface convexe que forme habituellement le moignon de l'épaule, existe une large dépression. Il faut descendre jusqu'à trois pouces au moins de l'acromion, pour trouver le corps de l'humérus qui est dirigé transversalement, légèrement de bas en haut et qui se continue en dedans sous le muscle grand pectoral, vis-à-vis le creux de l'aisselle qu'il croise par conséquent. La face antérieure du grand pectoral, au-dessous de la clavicule, est soulevée et bombée; au-dessous, on sent battre l'artère axillaire qui est repoussée en dedans et en avant sur les parois de la poitrine, à une distance d'un pouce et demi à deux pouces

de sa place normale, ce qui, à moins d'une anomalie, ne peut être dû qu'au refoulement des vaisseaux par la tête de l'humérus. En portant la main dans le creux de l'aisselle, on sent assez bien la tête de l'humérus libre dans cette cavité, entre le muscle coraco-brachial et le point où l'on sent battre l'artère axillaire. Si l'on fait asseoir la malade dans son lit, elle tient son bras écarté du tronc et porté en avant, toujours un peu en supination. La distance de l'acromion à l'épicondyle sur le bras luxé aussi rapproché du corps que cela est possible, est plus longue d'un centimètre que la même distance mesurée sur le bras sain placé à-peu-près dans la même position par rapport au corps. Cette même distance mesurée sur le bras luxé qu'on soulève jusqu'à ce qu'il soit placé horizontalement, est encore plus grand d'un demi-centimètre que dans le bras gauche mis dans la même position. En soulevant ainsi le bras droit pour le placer horizontalement, on voit la tête de l'humérus proéminer librement dans le milieu du creux de l'aisselle sous la peau, où on peut l'embrasser parfaitement avec la main.

La réduction est faite sur-le-champ de la manière suivante : la malade reste dans son lit, couchée sur le dos; un aide place sa main sur la partie supérieure de l'épaule, pour l'empêcher d'être entraînée, en la refoulant en bas, en cas de besoin; un autre aide placé à la tête du lit et à droite de la malade, saisit le bras qu'il ramène d'abord à une direction horizontale, puis de plus en plus verticale ou parallèle au corps, tout en exerçant des tractions. A peine ces tractions verticales exigent-elles un léger effort, pour que la tête rentre toute seule dans sa cavité, sans que M. Velpeau ait besoin de l'y diriger. Le bras est ramené le long du tronc, soutenu et fixé avec une écharpe. Un moment après la réduction, la malade ne souffre plus du tout; l'artère axillaire a repris tout-à-fait sa place normale.

Le 29 septembre, cette femme sort de l'hôpital; elle commence à remuer son bras qu'elle ménagera chez elle pendant quelque temps.

Une réflexion seulement, sur la manière dont s'est produite cette luxation. Au moment d'une chute dans un escalier étroit, la femme essaie de se retenir et pour cela elle porte son bras en dehors et en haut, dans le but de saisir la rampe de l'escalier; la chute et la luxation se sont effectuées aussitôt, car la malade s'est trouvé mal et ne se rappelle plus rien. Le bras ne tendait donc pas à être rapproché du corps; l'hu-

mérus, au moins dans ce cas, n'a donc pas agi comme un levier du troisième genre; la contraction des muscles pectoraux et dorsaux n'a donc eu aucune influence sur la luxation. C'est précisément ce que j'ai avancé, en parlant du mécanisme des luxations.

Je reviens à ma question: la tête humérale luxée peut-elle se trouver entre les muscles sous-scapulaire et grand pectoral? Dans le cas de l'observation précédente, il n'est guère permis de douter qu'il en fût ainsi. En effet, il est impossible que la tête de l'humérus refoule à une distance de deux pouces l'artère, les vaisseaux et nerfs axillaires, si elle n'est pas elle-même portée très en dedans, le long de l'omoplate. D'un autre côté, si elle est portée très en dedans, elle ne peut se trouver que dans deux conditions par rapport au muscle sous-scapulaire, coiffée en avant par lui, ou reposant en arrière sur ce muscle. Il n'y a pas de milieu entre ces deux conditions, dont l'une même ne peut pas exister, à la rigueur, car on conçoit difficilement que la tête de l'humérus coiffée, par le muscle sous-scapulaire, puisse refouler si complètement en dedans l'artère axillaire; elle ne peut tout au plus que la soulever. Laissons de côté ce dernier argument et admettons qu'il faille choisir entre les deux conditions signalées plus haut. Le choix, dans le cas qui nous occupe, n'est pas douteux; la tête se sentait complètement à découvert dans le creux de l'aisselle, lorsque le bras était pendant le long du tronc, et elle venait faire une saillie sensible à la vue et bien plus encore au toucher, lorsqu'on soulevait le bras. Je pourrais encore m'appuyer sur une foule d'autres raisonnemens, mais les précédens me semblent suffisans, et j'aime mieux les étayer par des faits d'anatomie pathologique. Ces faits, je les trouve, un du moins bien concluant, dans les œuvres de sir A. Cooper.

A la page 80, on trouve sous le numero 99, cette observation : « Un matelot tomba de l'extrémité d'une vergue sur « le tillac; il se fit une blessure à la tête et se luxa le bras « dans l'aisselle. On l'apporta à l'hôpital Saint-Thomas, mais « à peine placé dans son lit, il expira. » A l'autopsie, entre autres désordres, on trouva les suivans : « L'artère axillaire « et le plexus nerveux étaient écartés de leur direction natu- « relle par la tête de l'humérus luxé, *qui pressait fortement « en arrière contre le muscle præ-scapulaire.* « Est-ce concluant? Et plus loin: » On apercevait la tête de l'humérus « recouverte par son cartilage articulaire et par une couche « mince de tissu cellulaire, dans un espace situé entre le « plexus brachial et le coraco-brachial. » C'est exactement la même chose que dans l'observation rapportée plus haut; seulement on sentait à l'aide du toucher dans ce dernier cas ce que sir A. Cooper a pu constater par l'autopsie. Il n'est pas possible de trouver une analogie plus complète.

L'observation 100e du même auteur, moins détaillée et moins explicite que l'observation 99e, semble être encore du même genre.

Le fait de l'interposition des fibres du muscle sous-scapulaire entre la fosse de ce nom et la tête de l'os luxé, est incontestable; aussi MM. Chassaignac et Richelot, dans les notes qu'ils ont ajouté aux œuvres de sir A. Cooper, disent-ils à la page 87 : » Quelquefois la tête de l'os repose sans au- « cun intermédiaire sur la face antérieure du scapulum; « dans certains cas, elle en est séparée par les fibres du præ- « scapulaire, sur lequel elle exerce alors une pression plus « ou moins forte. » Quatre lignes plus bas, ils répètent à-peu-près la même chose.

Je le répète, je ne me suis livré à la discussion qui pré-

cède, que parce que j'ai entendu des chirurgiens de beaucoup de mérite soutenir, à l'exemple de Boyer, qu'il est impossible de voir la tête de l'humérus séparée de la fosse de l'omoplate par le muscle sous-scapulaire, fait qui est très commun dans les luxations sous-pectorales. Je tiens à ce qu'on comprenne bien ce que je veux dire, et dans ce but je répéterai la définition déjà donnée des luxations sous pectorales, à propos de leur mécanisme: Dans cette luxation, ai-je dit, la tête de l'humérus est libre dans le creux de l'aisselle, revêtue en avant par le muscle grand pectoral, ayant tantôt au-dessus d'elle et à son côté interne et postérieur, tantôt même derrière elle, tout ou partie des fibres du muscle sous-scapulaire. Ainsi, je ne prétends pas que cette dernière circonstance soit constante dans les luxations sous-pectorales. Pour que cela fût, il faudrait que les luxations scapulo-humérales fussent en hehors des règles ordinaires de la nature, qu'elles pussent toutes, sans aucune exception, venir se ranger rigoureusement dans une classification méthodique. Or, il n'en est pas ainsi: de même que toutes les autres affections, les luxations présentent une transition de l'un à l'autre des genres qu'on cherche à établir. Si dans le plus grand nombre des luxations sous-pectorales, la tête de l'humérus a réellement derrière elle le muscle sous-scapulaire, dans un bon nombre qui font la transition avec les luxations sous-scapulaires, le muscle ne se trouvera que partie en arrière et partie en dedans, ou bien tout entier en dedans, ou bien encore partie en dedans, partie en avant, jusqu'à ce qu'on arrive aux luxations sous-scapulaires où il recouvrira tout-à-fait en avant la tête de l'humérus. Ceci répond à quelques personnes qui avaient cru trouver dernièrement un argument victorieux contre la classification de

M. Velpeau, parce qu'à l'occasion d'un malade affecté d'une luxation peu aisée à diagnostiquer, M. Velpeau crut d'abord à l'existence d'une luxation sous-pectorale, puis diagnostiqua une luxation sous-scapulaire et la réduisit comme telle. Je ne pus pas examiner ce malade, mais bien certainement, il devait s'agir d'une de ces luxations intermédiaires dont je viens de parler. Des cas de cette espèce se retrouveront bien sûr, mais rarement. Il n'en est pas moins vrai que, dans la grande majorité des cas, on distingue parfaitement bien une luxation sous-pectorale d'une luxation sous-scapulaire, et que ce diagnostic est très important pour savoir le mode de réduction auquel on doit avoir recours. Voyons donc à quels signes on reconnaît ces deux ordres de luxations.

Je ne m'arrêterai pas, comme pour les classifications, à exposer les opinions émises par les divers auteurs sur les signes des luxations scapulo-humérales. Les mêmes signes, à-peu-près, ont été signalés par tous pour ces luxations considérées en général; mais quand chaque chirurgien en est venu ensuite à exposer ceux des signes propres à faire reconnaître chacun des genres qu'il avait établis, comme ces genres de luxations étaient entièrement artificiels, il a indiqué plusieurs signes qu'il concevait devoir être tels *à priori*; il en est résulté une confusion bien autre que pour les classifications, et où il est souvent impossible de se reconnaître. Je devrais seulement citer M. Malgaigne qui, après avoir observé attentivement les luxations produites par lui sur le cadavre, indiqua d'excellens signes non signalés jusqu'à lui, et réussit ainsi à démontrer à Dupuytren l'existence d'une luxation sur laquelle ce grand chirurgien émettait des doutes.

Mais pour qu'un aperçu historique à cet égard pût être

de quelque utilité, il faudrait d'abord établir un parallèle entre la classification de M. Velpeau et celles qui l'ont précédée, afin de pouvoir ensuite indiquer nettement la valeur de tel ou tel des signes rapportés. Et encore, cette utilité serait si *minime*, qu'elle ne vaut certainement pas la peine d'un travail aussi fastidieux. Puis, la priorité pour le signalement de chaque signe n'appartient guère à aucun auteur, car ils n'ont guère fait que se répéter les uns les autres dans ce qu'ils avaient réellement observé, en y ajoutant ce qu'ils avaient imaginé devoir être.

Par conséquent, je vais me contenter de parler d'abord des signes communs aux luxations sous-pectorales et sous-scapulaires, puis j'indiquerai ceux qui sont propres à chacun de ces deux ordres de luxations, et qui permettent de les distinguer avec assez de facilité.

I. *Signes communs aux luxations sous-pectorales et sous-scapulaires.* — Dans ces deux sortes de luxations, il y a une déformation très marquée de l'épaule. Au dessous de l'acromion qui est très saillant, et en place de la convexité que forme habituellement le moignon de l'épaule, existe une dépression très sensible à la vue, mais bien plus au doigt qui peut même arriver, en pressant un peu, jusqu'à sentir la cavité glénoïde, circonstance qui n'existe pas dans le cas de fracture du col de l'humérus. Le bras, ou plutôt l'humérus n'a plus sa position normale; au lieu d'être parallèle au tronc, lorsqu'il est abaissé et pendant, il se dirige obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, en croisant plus ou moins le creux de l'aisselle. Les mouvemens sont très difficiles et bornés dans tous les cas.

Toutes les luxations de l'épaule sont-elles accompagnées, ainsi que le veut M. Malgaigne, d'un allongement du bras ?

On comprend que si cela était, on n'éprouverait jamais de difficulté pour établir le diagnostic différentiel des fractures du col du l'humérus et des luxations scapulo-humérales. Malheureusement, M. Malgaigne se trouve ici en désaccord avec tous les chirurgiens, et, bien mieux, avec l'expérience de chaque jour; je dis bien mieux, parcequ'il aurait pu se faire, à la rigueur (et ce n'aurait pas été la première fois), que tous les auteurs se fussent accordés pour répéter, les uns après les autres, la même erreur.

Depuis long-temps déjà M. Velpeau a signalé d'une manière rigoureuse dans quels cas il devait y avoir allongement, et dans quels cas le raccourcissement était possible. Toutes les luxations sous-pectorales sont accompagnées d'un allongement du bras; les luxations sous-scapulaires n'offrent aucun changement de longueur, ou elles offrent soit un allongement, soit un raccourcissement, selon que la tête de l'humérus est située plus ou moins haut, plus ou moins bas, mais fréquemment un raccourcissement. C'est un fait actuellement démontré pour quiconque veut se donner la peine d'examiner les malades, et non pas d'examiner des luxations, presque toujours sous-pectorales, produites sur le cadavre. Inutile de dire, je pense, que, sur les dix malades que j'ai cités, quelques-uns présentaient un raccourcissement marqué; je me rappelle très bien qu'il a été constaté par M. Velpeau sur deux malades affectés de luxations sous-scapulaires; la mesure était prise de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, le bras étant pendant le long du tronc.

Resterait maintenant à démontrer par le raisonnement qu'il doit en être ainsi, bien que j'accorde peu de confiance à tous ces raisonnemens. J'ai même ici la preuve de ce que j'ai avancé plus haut, savoir qu'on trouve toujours des rais-

sonnemens, *à priori* pour expliquer même des faits mal observés, ou n'existant pas, puisqu'il s'est trouvé des chirurgiens qui ont essayé de démontrer par des raisonnemens qu'il doit toujours y avoir allongement dans les luxations scapulo-humérales. Sans doute, ces raisonnemens sont inexacts, mal fondés; mais ils n'en ont pas moins été émis, et même accueillis par des chirurgiens distingués. Ce point de l'histoire des luxations scapulo-humérales m'entraînerait beaucoup trop loin, si je voulais le discuter actuellement; il mérite à cause de son importance d'être traité tout-à-fait à part, ce que je ferai plus tard, si cela m'est possible. Rien de plus aisé que de l'éclaircir et de dissiper tous les doutes au moyen de figures, et des plus simples propositions de géométrie; cependant, quoiqu'il s'agisse d'une des applications les plus simples, les plus commodes des mathématiques à l'étude de l'organisation de l'homme, et quoiqu'on n'ait besoin de tenir compte d'aucun mouvement, les conditions sous lesquelles ces applications doivent être considérées, sont assez nombreuses pour nécessiter un travail assez long, quand on veut les exposer toutes.

II. *Signes particuliers aux luxations sous-pectorales.* — Je n'ai rien à ajouter sur ce point à ce qu'en a dit M. Velpeau dans son mémoire publié dans les *Archives générales de médecine,* en juillet 1837. On a fait à ce mémoire le reproche de ne pas indiquer d'une manière suffisamment détaillée les symptômes des luxations; on a eu tort, car M. Velpeau, en publiant sa classification, n'avait pas pour but de faire une monographie complète; il lui suffisait de donner les signes nécessaires pour distinguer aisément chacun des genres de luxations qu'il proposait, et il en a donné de très suffisans. Après cela, il est certain que la symptomatologie des luxa-

tions scapulo-humérales demanderait à être complétée, et, pour cela, il faudrait examiner avec beaucoup de soin bon nombre de malades, ce que les chefs de service ou les internes peuvent seuls faire dans les hôpitaux.

Le signe caractéristique des luxations sous-pectorales, duquel on pourrait à la rigueur faire découler tous les autres, consiste dans la présence de la tête humérale, libre sous la peau dans le creux de l'aisselle. Lorsqu'on porte la main le long de la poitrine pour remonter vers le haut de l'aisselle, on se sent bientôt arrêté par une tumeur dure, parfaitement lisse et arrondie, se continuant avec l'humérus et suivant les mouvemens qu'on imprime à ce dernier. Cette tête humérale peut être embrassée dans tous les sens par les doigts, dans toutes les positions du bras, mais surtout lorsque le bras est élevé horizontalement; souvent même alors la saillie qu'elle détermine dans l'aisselle est apercevable à la vue. Elle peut être placée entre le muscle coraco-brachial et les vaisseaux axillaires, comme dans l'observation que j'ai citée plus haut, et dans l'observation 90ᵉ de sir A. Cooper; je ne dis pas que cela soit toujours, bien que ce soit probable, parce que je n'ai pas vu assez de luxations de cette espèce pour rien affirmer. Elle est manifestement en contact avec le muscle grand pectoral qui la coiffe, d'où résulte un autre signe aussi très important, c'est que ce muscle est bombé en avant, dans sa partie qui constitue la paroi antérieure de l'aisselle. Quant aux autres rapports de la tête humérale dans l'aisselle, comme on ne peut pas les constater sur les individus vivans, et comme je ne m'occupe pas de l'anatomie pathologique, je n'en parlerai pas. Je dirai seulement que d'après ce qui précède, il est évident que le muscle sous-scapulaire n'est pas placé en avant de la tête de l'humérus, et qu'il

est nécessairement en arrière dans quelques cas, ainsi, lorsque les vaisseaux axillaires sont repoussés en dedans et en avant.

Un signe négatif assez utile à signaler, mais qui n'a pas une bien grande importance, c'est la conservation du creux sous-claviculaire.

Ajoutons à tout cela les signes communs dont j'ai déjà parlé : la saillie de l'acromion, une large dépression sous-acromiale, la direction anormale de l'humérus, l'écartement du bras du tronc, l'état de supination du membre, état qui paraît se retrouver dans toutes les luxations sous-pectorales, les mouvemens assez libres, mais bornés toutefois, l'allongement constant du membre, lorsque le bras est pendant le long du tronc, l'allongement ou tout au moins une longueur égale dans quelques cas, lorsque le bras est horizontal, et nous aurons à-peu-près tous les signes de ce genre de luxations. M. Velpeau donne un autre signe, c'est que l'angle inférieur du scapulum est fortement relevé en arrière et écarté de l'épine vertébrale.

III. *Signes des luxations sous-scapulaires.* — Dans ces sortes de luxations, on sent bien aussi dans le creux de l'aisselle une tumeur arrondie, mais cette tumeur est bien moins exactement limitée, elle n'est pas sous-cutanée, elle est située profondément au contraire; elle n'empêche nullement de porter les doigts jusqu'au haut de l'aisselle; on sent très bien, lorsqu'on cherche à la circonscrire, qu'on en est séparé par une masse de tissus, nécessairement par le muscle sous-scapulaire. La tumeur ne fait ni plus ni moins de saillie, lorsqu'on place le bras horizontalement. Elle offre, d'ailleurs, le même caractère que dans les luxations sous-pectorales, c'est-à-dire qu'elle se continue avec l'humérus dont elle suit les

mouvemens, en produisant dans ce cas une crépitation fort singulière que j'ai pu bien constater une fois. On a prétendu, contre l'opinion de M. Velpeau, que la crépitation n'était pas due au glissement du cartilage de la tête humérale sur la fosse sous-scapulaire, mais bien à la cause peu connue qui détermine la crépitation à la suite des contusions, dans les foyers sanguins, etc..... C'est là une erreur; puisque la crépitation dont il s'agit ne se trouve que dans les luxations sous-scapulaires, c'est-à-dire dans ces luxations où il y a contact d'une surface osseuse inégale avec une surface cartilagineuse, il est tout naturel de la rapporter au frottement de ces deux surfaces, sinon, il est impossible de comprendre comment elle n'existe pas dans les cas de luxations sous-pectorales. D'ailleurs, pour quiconque aura senti cette crépitation toute particulière, mais extrêmement marquée et très facile à saisir, il demeurera évident qu'elle est bien due à un frottement, et non à toute autre cause imaginaire qu'on voudrait mettre en avant.

Par suite de la position qu'occupe la tête de l'humérus, le grand pectoral n'est plus soulevé par elle, n'est plus bombé en avant; en revanche, le creux sous-claviculaire est effacé. Selon que la tête est plus ou moins haut dans la fosse sous-scapulaire, il y a allongement, il n'y a aucun changement de longueur, ou il y a raccourcissement du bras. La saillie de l'acromion est moins marquée que dans les luxations sous-pectorales; le deltoïde moins tendu, les mouvemens plus bornés. M. Velpeau ajoute à ces signes les suivans : coude écarté du thorax et porté un peu en avant; tout le bord du scapulum soulevé en arrière.

Au moyen de ces signes, je l'ai dit et je le répète, il est impossible de ne pas distinguer une luxation sous-pectorale

d'une luxation sous-scapulaire, dans l'immense majorité des cas.

§ IV. Traitement des luxations scapulo-humérales.

Je n'en finirais pas s'il me fallait parler de tous les procédés, les uns ingénieux, d'autres fort bizarres, la plupart très compliqués et passablement dangereux qui ont été employés jusque dans ces derniers temps pour réduire les luxations de l'épaule. On avait fini enfin par se ranger assez généralement à la méthode des tractions horizontales. Les tractions verticales en haut, conseillées par White et par Thomson, mises en usage, un grand nombre de fois, par Mothe de Lyon, par C. Bell, en Angleterre, avaient été tout-à-fait oubliées, lorsque M. Malgaigne vint de nouveau les mettre en honneur; son coup d'essai fut heureux, puisqu'il obtint la réduction d'une luxation ancienne que d'autres chirurgiens, et Dupuytren en particulier, à deux reprises, n'avaient pu réduire. Je ferai remarquer que cette luxation était une luxation sous-pectorale bien caractérisée. L'honneur d'avoir fait revivre cette méthode revient tout entier à M. Malgaigne; seulement M. Malgaigne est tombé dans un autre excès, en voulant trop généraliser l'emploi des tractions verticales. M. Velpeau, le premier, a exactement spécifié les cas où elles étaient applicables, et cela par des raisons anatomiques et pathologiques, puis en s'appuyant sur des faits. Voici, en peu de mots, la formule de M. Velpeau : *Pour réduire une luxation sous-pectorale, il faut employer les tractions verticales en haut; pour une luxation sous-scapulaire, au contraire, les tractions horizontales ou obliques en bas sont plus convenables.* Démontrons les avantages de cette pratique.

Une luxation sous-pectorale étant donnée, il s'agit de la réduire. Pour cela, constatons bien l'état des parties. La tête de l'humérus, placée dans le creux de l'aisselle, a le plus souvent derrière elle, quelquefois ou-dessus d'elle seulement, mais toujours entre elle et la cavité glénoïde, les fibres du muscle sous-scapulaire. Dans cet état, si on vient à exercer des tractions horizontales ou obliques en bas, qu'arrivera-t-il? Il arrivera qu'on tirera en même temps en dehors la tête de l'humérus et les fibres musculaires qui la séparent de la cavité glénoïde, et la réduction en deviendra souvent difficile, quelquefois même impossible. Aussi entend-on Heister, qui employait uniquement les tractions horizontales, dire que la réduction des luxations sous le grand pectoral est bien difficile à obtenir : « Difficilius quando introrsum sub musculum à pectoralem os huméri cessit. » Aussi voit-on Dupuytren et d'autres chirurgiens essayer en vain de réduire une luxation sous-pectorale. De même, j'ai vu, dans le service de M. Velpeau, des tractions faites horizontalement, par trois aides, échouer pour une luxation sous-pectorale, tandis que la réduction fut obtenue en peu d'instans par un seul aide monté sur une table, faisant des tractions verticales avec les deux mains, et empêchant l'omoplate d'être entraînée, avec son pied placé sur l'épaule du malade.

Outre cette circonstance qui n'a été bien signalée que par M. Velpeau, et qui n'était pas connue de beaucoup de chirurgiens, un autre fait aurait pu décider *à priori* à employer les tractions verticales. Je veux parler de ce principe si important, malheureusement méconnu souvent aujourd'hui, signalé mais non appliqué par les auteurs anciens, savoir qu'il faut tâcher de ramener la tête déplacée par le même chemin qu'elle a suivi dans son déplacement; ce principe est

fondé sur une foule de raisons on ne peut plus aisées à comprendre, ainsi, pour ne pas faire de nouveaux dégâts, pour retrouver exactement le point où la capsule est déchirée, etc... Or, dans le cas d'une luxation sous-pectorale, quel est le chemin suivi par la tête de l'humérus? Au moment de la luxation, la tête a rompu la capsule en bas, est venue faire saillie entre les muscles sous-scapulaire et grand rond, puis lorsque le bras s'est abaissé, elle est remontée un peu en avant du muscle sous-scapulaire. Par conséquent, pour lui faire suivre le même chemin en sens inverse, il faut d'abord élever fortement le bras pour ramener la tête de l'humérus sous le bord inférieur du muscle sous-scapulaire; alors, on tire en haut de manière à porter la tête dans ce sens, c'est-à-dire vis-à-vis de la cavité glénoïde, et par un mouvement de bascule produit en abaissant brusquement le bras, tandis que le chirurgien lui offre un point d'appui dans sa partie supérieure avec une ou deux mains, la luxation se trouve réduite.

Pour une luxation sous-scapulaire, si l'on faisait des tractions verticales, on agirait d'abord contrairement au principe précédent, puis voici ce qui pourrait en résulter. Des fibres du muscle sous-scapulaire fortement tendu par le fait de l'élévation du bras, s'interposeraient entre la cavité glénoïde et la tête de l'humérus à laquelle elles forment une calotte, et gêneraient la réduction. Si, au contraire, on ramène la tête par le chemin qu'elle a suivi, en disposant le bras comme au moment de l'accident, c'est-à-dire en le dirigeant à-peu-près horizontalement et un peu en arrière, et en exerçant ensuite des tractions horizontales, on conduit directement les surfaces articulaires l'une sur l'autre, sans risquer de voir la tête de l'humérus bridée par des fibres du muscle sous-scapulaire. Une légère modification à ce procédé consiste à faire

d'abord des tractions obliques en bas, puis horizontales dans la variété de luxation sous-scapulaire qu'on appelle sous-claviculaire.

Maintenant, ce n'est pas à dire, ainsi que le fait très bien remarquer M. Velpeau, que les tractions verticales ne parviennent pas à réduire les luxations sous-scapulaires, et *vice versa*. Lorsqu'on n'employait que les tractions horizontales, on réduisait bien les luxations sous-pectorales; mais pas toujours, par exemple, dans le cas de M. Malgaigne dans le service de Dupuytren. Ensuite, la réduction de ces luxations était très difficile: Heister l'avoue; tandis que jusqu'à présent, dans le service de M. Velpeau, il n'a jamais été nécessaire de grands efforts pour les réduire par les tractions verticales; et il faut rappeler, en outre, que chez un des malades de M. Velpeau, des tractions horizontales assez fortes avaient échoué. On pourrait joindre à cela le renseignement de M. Weston Goss (*Gazette méd.*, 1833, p. 863, extrait de *the Lancet*), qui dit, que sur une quarantaine de faits de luxation *en avant et en bas*, il n'a pas vu échouer une seule fois les tractions verticales exercées par un seul aide.

Dans l'explication des modes de réduction, je n'ai pas parlé du rôle important joué par les muscles, et dont il faudrait tenir compte, si ce rôle était appréciable. Malheureusement, il ne l'est pas encore, pas plus que pour le mécanisme des luxations.

Il me reste à dire quelques mots sur l'époque à laquelle il peut être convenable d'essayer la réduction des luxations, et par suite, des accidens qui peuvent résulter d'efforts immodérés de tractions, ou même d'efforts assez peu violens. Il paraît que la réduction d'une luxation même fort ancienne peut quelquefois être tentée avec succès, ainsi que cela est

arrivé dans l'observation fort curieuse d'une luxation datant de seize ans, réduite par M. Gaillard de Poitiers. Cette observation a été l'objet d'un rapport fait à l'Académie de médecine par M. Bouvier (1). Cependant, si l'on réfléchit que, pour quelques cas de succès peut-être incomplets, il y a eu, lors des essais tentés pour des luxations anciennes, des accidens graves, mortels même, tels que l'arrachement du plexus brachial, la rupture de l'artère axillaire, dans plusieurs cas et, dans une foule d'autres, un insuccès complet, sans accidens, on sent le besoin d'une grande réserve. Ce n'est pas le moment de discuter cette question, non encore résolue d'une manière satisfaisante. Je me contenterai de dire que, sur les dix faits de luxations dont j'ai pris note, deux de ces luxations, toutes deux sous-scapulaires, étaient anciennes; l'une datait de cinq semaines, l'autre d'un mois. Leur réduction ne présenta guère plus de difficulté que si elles avaient été récentes.

Puisque j'en suis à parler des accidens qui résultent des tractions faites dans le but de réduire des luxations, je vais citer un fait, qui s'est passé surtout en ville, en partie à la Charité, bien qu'il s'agisse d'une luxation du coude.

Obs. *Luxation du coude en arrière, avec fracture de l'apophyse coronoïde, datant de six semaines; essais infructueux de réduction à trois reprises différentes; phlegmon diffus et érysipèle consécutifs; mort.* — Un ancien officier, d'une cinquantaine d'années, bien constitué, gros et très gras, dans une promenade à cheval, avait mis pied à terre. Il avait passé dans son bras droit la bride qui reposait sur le pli du coude plutôt du côté de l'avant-bras que du bras, et il marchait ainsi tranquillement le long d'un fossé, menant son cheval après lui. Le cheval fit un faux pas, tomba dans le fossé peu profond du reste, et entraîna avec lui son cavalier qui ne sait pas trop ce qui s'est passé. Il se rappelle seulement qu'une douleur extrêmement vive se manifesta aussitôt dans le coude droit, et que sur la partie antérieure et supérieure de

(1) *Bulletin de l'Acad. royale de méd.* Paris, 1840, t. 5, p. 295.

l'avant-bras, près du coude, la pression exercée par la bride avait déterminé la formation d'une bandelette transversale d'un rouge vif. Comment s'était produite cette luxation?

Quoi qu'il en soit, il y avait là une luxation en arrière qui fut méconnue pendant six semaines et traitée comme une foulure, comme une contusion. Dès que l'engorgement des parties fut dissipé, le malade ne recouvrant pas les mouvemens de son membre, vint consulter M. Velpeau, dans le courant du mois d'octobre 1840. M. Velpeau qui, outre la luxation, avait constaté la mobilité d'un fragment osseux, sans lui dissimuler que son état n'était pas très favorable, l'engagea pourtant à se soumettre à quelques tentatives de réduction. Le malade vint, en effet, à l'hôpital, et on exerça des tractions assez fortes qui n'amenèrent aucun résultat, peut-être parce qu'on n'avait pas établi des points d'appui suffisans pour la résistance; il retourna tranquillement chez lui, et n'éprouva aucun accident. Huit jours après, on renouvela les tractions, en prenant soin de fixer à des anneaux scellés dans le mur, les alèzes destinées à opérer la résistance; on n'obtint aucun résultat; mais il n'y eut encore aucun accident. Une troisième fois, on renouvela les tentatives d'une manière plus régulière, en employant les moufles de M. Sédillot. Un bracelet brisé, un peu trop petit, avait été appliqué sur le bras et l'avant-bras qui fut ensuite fléchi à angle droit, au moyen d'un mécanisme particulier adapté à ce bracelet; le bras, soulevé horizontalement en avant, était embrassé par une alèze pliée en cravate dont les extrémités étaient attachées à un point fixe; l'omoplate était fixé par d'autres alèzes; enfin les tractions étaient exercées au moyen d'un lac attaché à l'avant-bras, au-dessus du poignet par une bande, et continu avec le système des moufles. Les tractions furent exécutées lentement, avec une régularité remarquable, sans fatiguer le malade davantage que les précédentes; elles ne furent portées qu'à une force de 51 kilogrammes indiqués exactement par le dynamomètre. Cet essai fut infructueux, et l'on décida qu'une dernière tentative serait faite au bout de huit jours, après qu'on aurait fait fabriquer un bracelet convenable. Le malade, qui avait supporté toutes les tentatives avec beaucoup de courage, retourna tranquillement chez lui, à pied, et se trouva assez bien pendant trois jours; il s'était plaint, la dernière fois, d'une douleur assez vive dans l'aisselle. Le quatrième jour, il fut pris d'accidens généraux et d'un commencement de phlegmon diffus dans l'aisselle; le phlegmon diffus fit des progrès, s'étendit peu-à-peu sur toute la partie latérale droite de la poitrine, et nécessita des incisions multipliées. Le malade commençait à se relever de cette grave

maladie, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle proprement dit, qui se promena sur tout le tronc, et finit par amener la mort au bout de six semaines. Je ne signalerai qu'une des circonstances les plus curieuses de l'autopsie ; la luxation était accompagnée d'une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus.

Me voici arrivé, je crois, au but que je me proposais. Il me fallait d'abord démontrer l'insuffisance des classifications antérieures à celle de M. Velpeau, ce qui a été déjà fait d'ailleurs, et est admis par beaucoup de chirurgiens. La nécessité d'une nouvelle classification étant démontrée, j'ai exposé la classification que M. Velpeau adopte actuellement, et je pense avoir prouvé, au moins pour deux des trois genres de luxations scapulo-humérales, la preuve étant surabondante pour le troisième, que ces genres sont parfaitement distincts sous tous les rapports, en tenant compte des transitions qui doivent naturellement exister de l'un à l'autre.

Si l'on veut ajouter aux genres précédens de luxations un genre nouveau, il faudra prouver que ce genre de luxation a un mécanisme spécial, ou du moins, car c'est là le point important, que ses signes et son mode de réduction sont particuliers ; il ne suffira pas d'avoir découvert dans un cas d'anatomie pathologique, une légère différence dans les rapports affectés par la tête humérale déplacée.

J'ai dit plus haut que la classification de M. Velpeau était déjà connue. Il convient d'ajouter qu'elle a été l'objet de la plus judicieuse attention de la part de M. Vidal (de Cassis), et reproduite exactement dans l'important Traité de chirurgie que vient de publier cet habile écrivain.

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS EN MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Par A. Vidal (de Cassis).

L'insuffisance des moyens diététiques et pharmaceutiques, l'impuissance de la nature pour la guérison de certaines maladies, ont mis les praticiens dans la nécessité de recourir à un ordre de moyens puisés dans la *médecine opératoire*. L'action directe, trop souvent soudaine et violente de ces moyens, leur puissante et prompte efficacité dans quelques cas, impliquent plus ou moins de douleurs et presque toujours des dangers ; ils peuvent donc nuire avant même d'être utiles. Or, comme « être utile n'est que la seconde règle de la thérapeutique tandis que la première est de ne pas nuire (1); » on voit avec quelle réserve, l'action chirurgicale devra être invoquée. Le vrai chirurgien ne s'y résoudra donc qu'à *bonnes enseignes* comme l'aurait dit Paré (2), c'est-à-dire quand les *indications* seront positives, et quand il ne sera formé aucune opposition sérieuse par des circonstances que je ferai connaître sous le nom de contre-indications. Le chirurgien doit toujours pouvoir se justifier d'avoir entrepris une opération ; il n'y parviendra qu'en faisant la preuve d'une juste et bonne indication. Or comme c'est là un point de pratique souvent très difficile, l'opérateur sera toujours réservé et s'abstiendra souvent. Cependant, une réserve qui ferait méconnaître une indication et négliger de la remplir, dans un cas grave, serait aussi coupable que l'audace inintelligente ;

(1) Chomel, *Pathologie générale.*

(2) « Nous appelons indications, en chirurgie, ce que le chirurgien se met devant les yeux comme une *enseigne* pour adviser quel moyen il doit employer pour préserver et guérir les personnes. » (Paré, *Œuvres complètes*, Paris, 1840, t. I, p. 84, *des Indications.*)

car on doit être également éloigné des praticiens qui ont été ainsi caractérisés : « *Timiditas equidem impotentiam, audacia vero ignorantiam artis significant.* »

La connaissance des maladies étant la principale source des indications et des contre-indications, c'est à la pathologie que je dois demander les faits généraux et particuliers nécessaires à la solution de la question que j'ai à traiter. Il me faut nécessairement passer en revue la plupart des maladies chirurgicales ; mais avec rapidité, dans un ordre et sous des chefs imposés par la nature d'une pareille question.

Je ferai trois sections correspondant aux divisions des maladies adoptées par quelques classiques : 1° Lésions physiques ; 2° lésions organiques ; 3° lésions vitales. Chacun de ces groupes m'offrira des exemples qui appuieront les principes à mesure qu'ils seront exposés. Je pourrai ainsi, sans perdre de vue la portée philosophique de la question, donner à sa solution une certaine utilité pratique.

SECTION PREMIÈRE.

Lésions physiques.

Ce sont celles qui présentent les indications les plus rationnelles, les plus faciles à saisir. Chacune porte son indication, son *enseigne*. Ainsi le mot *solution de continuité* est suivi, dans les livres, de celui de *réunion ;* une *adhérence vicieuse* fait naître l'idée de la *division ;* les *déplacemens* indiquent la *réduction ;* une *rétention* commande une *évacuation ;* le *corps étranger* doit être *éliminé*.

§ I. Solutions de continuité.

a. La *réunion* n'est pas toujours d'une absolue nécessité, car il est des plaies qui guérissent parfaitement sans nos

moyens adhésifs. On s'en sert alors pour hâter la guérison. Il est même beaucoup de circonstances qui peuvent faire naître des contre-indications : ainsi le siége de la plaie, sa profondeur, la nature des tissus des organes divisés, la nature de la cause vulnérante, l'étendue de la plaie, etc., peuvent contre-indiquer la réunion ou la faire ajourner.

Par exemple, dans une plaie de l'abdomen, si la vessie est ouverte, ce serait une faute de réunir la plaie, car on exposerait le malade à une infiltration urineuse, un des plus graves accidens des plaies. Tandis qu'en laissant la plaie ouverte, et dans certains cas, en plaçant dans la vessie, une canule qui éconduirait l'urine, on se créerait plus de chances d'éviter cette infiltration.

b. Quand, dans une plaie des membres, des tissus de nature très différente, ont été lésés, il n'est pas toujours prudent de réunir, parce que la cicatrisation peut marcher de la périphérie vers le centre de la plaie; son fond devient alors un foyer où s'amasse le pus; or, comme, à cette profondeur, se trouvent quelquefois des veines favorablement disposées à la résorption purulente, on s'expose encore à un des plus terribles accidens des plaies.

c. La forme, la disposition de la plaie peuvent contre-indiquer la réunion. Ainsi, après l'ablation de certaines tumeurs, reste à leur place, une cavité inégale, anfractueuse, dont les parois ne peuvent être mises en contact; si on réunit, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané pourront adhérer entr'eux, tandis qu'il restera derrière, un foyer qui se fera jour plus tard, qui retardera la guérison, ou donnera lieu à une résorption, ce qui est beaucoup plus grave.

d. La présence de la cause vulnérante forme une contre-indication. Ce serait, comme on le dit vulgairement, enfermer

le loup dans la bergerie que de réunir une plaie envenimée ou contenant encore le corps ou une partie du corps qui l'a produite.

Il est des plaies, au contraire, qu'on ne saurait trop se hâter de réunir, ce sont les plaies des artères. Ici l'indication est si évidente, si instinctive, que le vulgaire porte immédiatement le doigt sur la lumière du vaisseau, dès qu'il voit jaillir le sang. La compression est certainement, de tous les hémostatiques, le premier en date.

e. Il est des solutions de continuité dont l'étendue ne permet pas la réunion. Il faut, au contraire, les compléter ou en produire une autre. Un membre peut être retranché, en partie, par un coup de sabre ou de hache; si l'os ou les os sont divisés ainsi que les principaux nerfs et vaisseaux, la réunion est impossible ; il vaut mieux séparer complètement le membre que chercher à réunir la plaie. C'est donc là un cas d'amputation, opération d'ailleurs commencée par l'accident. Quand il y a plaie compliquée d'écrasement, et que les organes indiqués ont été atteints, le cas d'amputation n'est pas douteux encore. Cependant l'amputation d'un membre étant une opération qui place le malade dans la triste alternative de la mort ou d'une mutilation qui peut l'empêcher de travailler pour vivre, le chirurgien ne devra s'y décider qu'après avoir reconnu que les autres moyens, que les topiques, la médication indirecte, ne pourraient, après de longues souffrances et des dangers tous les jours renouvelés, conserver qu'un membre inutile, difforme, embarrassant, et pour lequel le malade réclamerait plus tard une opération qu'on aurait dû lui faire d'abord.

f. Quand la brisure d'un membre dépend d'un coup de feu, il y a quelquefois stupeur générale. On s'est demandé si on

devait opérer pendant cet état nerveux. Je crois que cette question a besoin d'être revue. En attendant, je dirai que pendant les journées de juillet, j'ai fait deux amputations de cuisse sur des sujets qui se trouvaient privés de toute sensibilité, de tout mouvement, et la guérison a été rapide. Je fis une de ces amputations avec mon collègue, M. Guersant fils. Avant de l'entreprendre, nous priâmes M. Velpeau de nous donner un conseil sur ce cas embarrassant. Ce chirurgien fut contre l'opération, mais la majorité étant pour, on la pratiqua et elle réussit. Ce fait me rendit plus hardi le lendemain, et je fis la seconde amputation. Le succès fut complet. Ces faits ont déjà dix ans de date. Ils se sont donc passés pendant la première période de ma carrière chirurgicale. J'avoue que, plus tard, j'eusse été plus timide, ou du moins plus réservé, plus docile à la voix de l'expérience, et, par conséquent, moins heureux. Il est des cas de plaies très étendues, et même avec séparation complète d'une partie qui ne contre-indiquent pas la réunion. Ainsi l'ablation d'un doigt, du nez.

g. Avec la lésion qui indique l'amputation, peuvent exister sur le même malade, d'autres plaies. Y a-t-il alors contre-indication? Il est impossible de faire une réponse très catégorique à cette question, car tout dépend du nombre des blessures, de leur profondeur, de leur gravité. Dans cette appréciation, que j'avoue être très difficile, le praticien tiendra grand compte de la constitution de l'individu; il cherchera à évaluer les forces par l'état du pouls, par la perte de sang éprouvée, par la sensibilité que le blessé aura dépensée, par son âge, les privations qu'il aura éprouvées, son état moral; il tiendra compte, comme toujours, des épidémies, etc. Que l'on sache bien, que la douleur épuise plutôt et plus

souvent les blessés, que ne le croient généralement les chirurgiens : une amputation, quelles que soient la facilité, la rapidité de son exécution, produit toujours un ébranlement de l'organisme, auquel le malade succombera tôt ou tard, si déjà de grandes souffrances ou des hémorrhagies ont eu lieu. La plupart des anciens reculaient, le plus possible, devant les amputations, et coupaient sur le mort, dans la crainte de voir tomber en *défaillance* l'opéré; défaillance qui pouvait être due à l'hémorrhagie, à l'excès de douleur. Depuis l'invention de Morel, depuis que nous savons nous mettre en garde contre l'hémorrhagie, nous sommes d'une facilité extrême pour les amputations, nous ne tenons pas assez compte de la douleur qui peut tuer aussi tôt et aussi bien que l'hémorrhagie. Il y a des pertes nerveuses comme des pertes sanguines.

h. Il est des contre-indications, fournies par la trop grande gravité du mal. Il est vrai que, dans ces cas, si on n'ampute pas, le malade est voué à une mort certaine. Mais alors, si on ne sauve pas le malade, on ne compromet pas l'honneur de l'art (ce qui serait bien quelque chose à une époque où il serait souvent compromis); on ne grossit pas encore le chiffre, déjà fort respectable, de nos revers. Ainsi, si deux membres sont brisés au point de nécessiter deux amputations sur le même sujet, doit-on les amputer tous deux, le même jour? Je sais qu'il est des chirurgiens qui répondraient par l'affirmative : ils trouveraient même des faits pour appuyer leur opinion : en principe, je ne pense pas qu'on doive admettre une pareille pratique. Il a été fait des exceptions : ainsi on pourrait amputer les deux mains ou les deux pieds (Velpeau), mais qu'on n'aille pas plus loin, et qu'on ne justifie pas *l'opinion commune*, *qui*

veut que les chirurgiens ne demandent qu'à couper, et qu'ils sont au comble de leur joie quand, les ciseaux à la main, ils peuvent tailler en plein drap (Dionis, pag. 733). J'ai eu à pratiquer une double amputation, pendant que je faisais le service de l'hôpital Necker. C'était sur un ouvrier des chemins de fer ; il eut un bras et une cuisse broyés par les wagons. Je désarticulai le bras et amputai la cuisse à la partie moyenne, et cela, dans une seule et très courte séance! laquelle séance restera long-temps gravée dans ma mémoire. Le malade cependant vécut plus de 15 jours ; mais j'eus la douleur de le perdre au moment où la cicatrisation allait se compléter sur les deux moignons. L'autopsie cadavérique nous montra une phlébite des veines du moignon.

Les FISTULES sont aussi des solutions de continuité, mais d'une espèce différente de celles qui viennent d'être examinées. Ici, souvent on ne réunit pas d'abord, on dilate au contraire, ou même on produit une autre solution de continuité ; c'est donc une espèce de diérèse qui indique la diérèse pour traitement. Mais elle s'exerce plus ou moins loin de la solution de continuité que l'on veut guérir. Je m'explique : dans les cas de fistules urinaires produites par un rétrécissement de l'urèthre, c'est par la dilatation, ou la cautérisation, ou l'incision de ce rétrécissement qu'on guérit la fistule. Ici l'indication première est le rétablissement du canal naturel. Mais il y a quelquefois impossibilité de remplir cette indication ; ainsi dans des cas de fistules du canal de Sténon, on est obligé d'abandonner la partie antérieure de ce canal pour en créer un nouveau ; on guérit alors une fistule par une fistule; mais comme la nouvelle conduit la salive où elle doit être naturellement versée, l'opération est rationnelle et généralement admise.

On remplit quelquefois la même indication, quand dans les

fistules lacrymales, au lieu de rétablir les fonctions du canal nasal, ont fait éprouver une perte de substance à l'unguis ou au maxillaire supérieur pour faire tomber les larmes dans le méat moyen des fosses nasales ou dans le sinus maxillaire.

Il est des fistules, pour le traitement desquelles on ne peut pas remplir cette indication; ainsi certaines fistules urinaires, celles produites par une perforation du bas-fond de la vessie m'ont mis à même de saisir une indication particulière. Dans les cas désespérés, quand toutes les autres méthodes ont échoué, je conseille d'oblitérer le vagin, pour que sa paroi postérieure devienne le bas-fond de la vessie. C'est là l'origine de l'autoplastie appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales.

On sait d'ailleurs qu'il est d'autres fistules qui indiquent l'autoplastie; c'est ainsi que certaines fistules du larynx sont traitées par M. Velpeau.

a. Une question se présente maintenant : Est-ce qu'on doit opérer toutes les fistules? Est-il convenable de les guérir toutes?

Ici, comme dans toutes les questions de pratique, il faut distinguer : si la fistule occasionne une perte considérable d'une humeur nécessaire à l'entretien de la vie, elle doit toujours être opérée. Telles sont certaines fistules salivaires, certaines fistules intestinales; ces dernières épuisent quelquefois le malade en même temps qu'elles sont un objet de dégoût. Il est des fistules urinaires qui rendent la vie si insupportable qu'une opération même grave semble autorisée.

Mais les fistules qui éconduisent une humeur morbide ne doivent pas toujours être opérées. Ainsi, on dit que si une fistule à l'anus existe depuis long-temps chez un vieillard, pour peu que sa poitrine souffre, que sa tête lui pèse, que ses fonc-

tions digestives soient difficiles ; enfin, le moindre dérangement fonctionnel doit, selon des auteurs, commander un refus quelles que soient les instances du malade pour demander l'opération ; car, dans les cas de succès en supprimant un exutoire naturel, on pourrait aggraver les symptômes que j'ai indiqués, et voir périr le malade par une lésion de la tête ou de la poitrine. Je vais revenir sur cette contre-indication.

On considère comme moins indiqué encore d'opérer une fistule à l'anus quand existe une lésion viscérale bien constatée, quel que soit l'âge du sujet. Je crois qu'en général, cette question n'a pas été traitée avec assez de soin. Ainsi, on dit qu'il ne faut pas opérer les phthisiques et ceux qui sont menacés de phthisie, car on perd ces malades quand on les opère. D'abord il faudrait s'expliquer, surtout sur ce qu'on entend par sujets menacés de phthisie. Qu'on y réfléchisse bien, souvent ces sujets que vous dites menacés de phthisie et même phthisiques sont tout simplement des malades très affaiblis par la suppuration abondante qui s'opère aux environs de l'anus.

Ces malheureux toussent, sont essoufflés, ont quelques palpitations. Eh bien ! si vous allez aux renseignemens, vous trouverez quelquefois que leur fistule est antérieure à ces symptômes produits par l'épuisement que vous ferez probablement disparaître, en traitant convenablement la fistule. J'ai opéré, avec succès, en 1833, un malade qui crachait du sang, avait la poitrine très sonore, était fort essoufflé, et de plus, avait une affection nerveuse épileptiforme. M. F. Dubois a vu le malade et a bien voulu me servir d'aide le jour de l'opération. Ce sujet a été guéri de sa fistule, il ne crache plus de sang, et ses attaques se sont sin-

gulièrement améliorées. Mais je dois noter, avec soin, que des hémorrhoïdes qui, chez ce malade, n'avaient jamais flué, ont donné d'abord un peu de sang, qu'elles ont flué ensuite périodiquement. Ce fait a déjà été publié. Ici la nature nous fournit une indication, elle nous apprend à remplacer cet écoulement incommode, douloureux, par un autre écoulement plus supportable. Ainsi, chez le sujet dont je viens de parler, le flux hémorrhoïdal mensuel est de beaucoup préférable à un écoulement humoral continuel et aux divers accidens qui se montrent pendant le cours d'une fistule. On dit que les phthisiques que l'on opère d'une fistule à l'anus meurent tous. Mais je demanderai alors ce que deviennent ceux qu'on n'opère pas. A cela, on me répondra ce que j'ai déjà répondu à ceux qui opèrent quand existent des complications nécessairement mortelles. On me dira donc que la mort de ceux qui ne sont pas opérés ne sera pas attribuée au chirurgien, et que la chirurgie aura ainsi des revers de moins à enregistrer. Cet argument a une très grande force, surtout quand il est question des grandes opérations. Ainsi j'ai toujours dit que faire une résection pénible, longue, douloureuse, dangereuse d'une clavicule cariée à un malade qui a les poumons farcis de tubercules, c'était *commettre* une action que rien ne peut justifier, et, en général, je suis opposé à toute opération pratiquée sur des malheureux voués à une mort certaine. Mais pratiquer une simple incision à l'anus, incision qui peut avoir la rapidité de l'éclair, et qu'on peut se permettre sans en avertir le malade, ce n'est pas là faire une grande opération. C'est plutôt un complément du pansement. Je dirai même que cette incision est quelquefois commandée par des clapiers qui se vident difficilement et qui retiennent ainsi une

humeur dont la facile issue éviterait des résorptions pouvant aider la phthisie à tuer le malade. Croit-on que s'il était possible d'évacuer facilement et sans danger, les cavernes du poumon, on ne rendrait pas un grand service aux phthisiques ? Hé bien ! il y a aux environs de l'anus de semblables cavernes et la chirurgie vous commande de les vider. Si elles ne sont pas largement ouvertes, il faut nécessairement que vous introduisiez journellement dans ces cavités des corps absorbans ; manœuvre qui, comme on le sait, n'est pas sans douleur. Si, avec l'éponge préparée, vous dilatez l'ouverture extérieure, vous faites souffrir davantage, vous n'avez pas la certitude d'atteindre le point déclive et de vider entièrement les cavernes. On a dit qu'en fermant une fistule à l'anus, on fermait un exutoire naturel. Mais de deux choses l'une, ou la fistule a de grands rapports avec la lésion viscérale, et alors ce n'est pas par une incision que vous la fermerez, ou elle n'a que de faibles rapports, et alors il n'y a pas grand inconvénient à opérer. Au reste je ne vois pas ce que l'on ferme en pratiquant l'opération de la fistule, on ouvre au contraire une caverne et on la met à la disposition de la nature médicatrice. Si elle est dans de bonnes dispositions, elle guérira ; dans le cas contraire, la fistule persistera. On le voit, cette question est plus complexe qu'on ne le pense généralement ; cependant réduite à une question de bon sens chirurgical, elle commence à présenter un aspect de simplicité que les praticiens ne manqueront pas de saisir.

b. Une autre question de haute thérapeutique peut être soulevée à propos des fistules. Il en est, par exemple, les fistules lacrymales, qui ont été guéries par des moyens médicaux, indirects. Ainsi diète, saignée générale, saignées locales

très souvent répétées, vésicatoires, etc. Doit-on en venir à l'opération, après avoir épuisé tous ces moyens, ou l'opération doit-elle avoir la priorité?

Pour répondre, il n'y a qu'à comparer les dangers de l'opération avec ceux du traitement antiphlogistique. Eh! bien, si ce traitement nécessite réellement les pertes de sang que M. Lisfranc a fait éprouver à certains malades de la Pitié, mieux vaut l'opération; elle épuise moins le sujet, elle le retient moins longtemps au lit, et lui cause moins d'ennui que le traitement indiqué.

Ainsi, on le voit, l'indication des moyens *chirurgicaux* ne se montre pas toujours après qu'on a épuisé inutilement la thérapeutique médicale, car l'opération doit quelquefois être faite avant l'administration du moindre médicament. Dans certains cas de fractures comminutives, l'amputation peut être indiquée avant toute autre médication. Ainsi, l'opération devra avoir le pas sur les moyens médicaux dans deux cas : Quand ceux-ci sont jugés d'abord insuffisans et quand leur application exige plus de temps et expose à plus de dangers que l'opération elle-même.

§ II. Unions vicieuses, ankyloses, rétractions permanentes.

a. Ces lésions donnent ordinairement lieu à des difformités qui sont congéniales ou acquises. Elles indiquent la *division*. Mais comme une grande partie de ces difformités ne compromettent pas essentiellement la vie, on devra être réservé dans les opérations qu'elles exigent, surtout si celles-ci sont graves par elles-mêmes.

Il est, au contraire, de ces lésions qui indiquent impérieusement l'action chirurgicale, et il faut que les contre-indications soient puissantes pour que le chirurgien s'abs-

tienne. Ce sont 1° les adhérences vicieuses qui oblitérèrent le commencement ou la fin du tube digestif (la bouche ou l'anus), celles qui ferment l'urèthre; 2° viennent ensuite, les oblitérations du vagin, celles des narines. Pour les difformités suivantes, les indications deviennent moins puissantes, moins pressantes et les contre-indications reprennent au contraire de la force à mesure qu'on passe; 3° des adhérences des paupières de l'oblitération de la pupille, de celle du conduit auditif, 4° aux difformités des membres, à celles des doigts.

Une seule des indications de la première espèce de lésions conduit à une opération très grave; celle du rétablissement de l'anus; elle est d'autant plus grave qu'elle doit être pratiquée plus haut. Mais la défécation étant une opération sans laquelle la vie ne peut se continuer, on doit opérer, malgré la rareté des succès obtenus en pareilles circonstances. Cependant, si l'enfant dont l'anus est oblitéré portait un autre vice de conformation qui ne permît pas la viabilité, le chirurgien devrait s'abstenir.

Les oblitérations du vagin nécessitent des opérations dont l'indication ne se manifeste qu'à l'époque des menstrues. Opérer avant, serait plus difficile et peut-être inutile, car il n'est pas absolument certain que la personne qui porte cette difformité soit menstruée et qu'elle le soit par la matrice. J'ai connu une femme qui avait le vagin oblitéré à-peu-près au milieu de sa hauteur et qui avait pour menstrues des vomissemens de sang périodiques.

b. Les indications relatives aux adhérences des paupières et à l'oblitération de la pupille trouvent des contre-indications. Ainsi, il est inutile de pratiquer une opération sur les paupières pour découvrir un œil inapte à la vision; à moins qu'on veuille rendre ainsi la difformité moins choquante, ce

qui ramenerait cette opération à la classe de celles qui sont purement de luxe et dont on doit s'abstenir autant que possible. La pupille artificielle, surtout, n'est réellement indiquée que quand existent dans l'œil des conditions de vitalité qui peuvent lui permettre de profiter de la lumière qu'on va lui donner. Tout œil qui ne peut distinguer les ténèbres de la lumière offre, par cela même, une contre-indication à l'opération de la pupille artificielle, car il existe alors une lésion des nerfs de l'œil ou du cerveau qui empêche l'accomplissement de la sensation ; l'œil, comme instrument, ne peut voir, ce n'est là que la partie physique de la fonction. Toutes les fenêtres que vous pratiquerez à l'iris ne feront rien voir s'il n'y a rien pour percevoir la lumière, pour regarder.

Il y a aussi contre-indication à l'opération de la pupille artificielle, quand reste un œil capable de voir ; car cette opération artificielle n'est ni assez innocente, ni assez facile à réussir, pour qu'on la tente sans une absolue nécessité. D'ailleurs, il n'est pas sans exemple qu'une opération pratiquée sur un œil ait fait éclater dans cet œil et dans son congénère, une inflammation qui les a perdus tous deux.

c. Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé du traitement des ankyloses, des rétractions musculaires et tendineuses, enfin des difformités. Sans réfléchir que souvent les ankyloses constituaient des guérisons heureuses achetées par de longues souffrances et des dangers réels, on a soumis les malades à de nouvelles souffrances, à des dangers encore plus graves. Je n'ai pas besoin de dire ici que jamais, pour moi, il n'y aura indication de briser les liens articulaires pour guérir une ankylose. Ce qui m'étonne, ce n'est pas qu'un homme obscur ait pu inventer un

pareil moyen; mais c'est qu'on soit resté si long-temps pour le condamner. Il est des procédés si évidemment dangereux, qu'il n'est pas nécessaire de demander à l'expérience leur proscription. Les amputations ont été aussi proposées contre les difformités : ce sont alors des amputations dites de *complaisance*. Je crois, qu'en général, elles sont contre-indiquées, et, selon moi, on ne doit pas se borner à détourner le malade par le tableau des dangers auxquels il s'expose en subissant une grande amputation; on doit toujours refuser. Selon un auteur recommandable, en adoptant ce principe, on ne devrait alors jamais toucher aux loupes, car elles ne sont que très rarement dangereuses, et leur extirpation peut causer des accidens mortels. Je me permettrai de faire remarquer très respectueusement à ce chirurgien distingué, qu'il y a une grande différence entre l'extirpation de certaines loupes et une amputation. Celle-ci est toujours une opération grave; il y a toujours de gros vaisseaux, de gros nerfs divisés, un os scié, ou dont les surfaces articulaires sont mises à nu; d'où naissent des causes de grands accidens; tandis que dans l'extirpation d'une loupe, on peut n'avoir aucun vaisseau, aucun nerf important à léser, on ne fait la section d'aucune partie du squelette. Quand ces tumeurs sont profondes, qu'elles ont des rapports étroits avec des organes importans, l'opération peut être très grave; mais alors, précisément, la lésion est compromettante pour la vie, l'opération est de nécessité, et le praticien, d'ailleurs, ne l'entreprendra que quand il pourra penser que, par son développement ou sa dégénérescence, cette tumeur pourra mettre la vie en danger. Mais alors ce n'est plus là une opération de complaisance, c'est une opération *nécessaire* qu'on ne peut comparer qu'aux

amputations *nécessaires*. Ainsi, ici encore, il faut distinguer, si on veut s'entendre. Le bec-de-lièvre est souvent une opération de complaisance ; car, quand il est simple, ce n'est qu'une légère difformité. Cependant, le praticien le plus réservé ne refuse jamais une pareille opération, tandis qu'il s'abstiendra toujours de pratiquer une amputation pour une difformité, et cela parce que l'opération du bec-de-lièvre n'est nullement dangereuse, parce qu'au lieu de laisser une mutilation, elle corrige une difformité. Ainsi, ne confondons pas, si nous voulons rester dans le vrai et l'utile.

Les exemples de malheurs arrivés après les amputations de complaisance sont trop nombreux pour les rapporter ici : l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, la Charité, tous les hôpitaux conservent de tristes souvenirs de l'erreur, de la faiblesse, ou de la complaisance des chirurgiens. Quel est l'opérateur qui, ayant long-temps exercé, n'a à se reprocher aucune faute de ce genre? Dupuytren lui-même a été quelquefois faible et complaisant! Dans ses leçons orales (tome 2), il met en scène Pelletan et un de ses amputés qui, au moment de mourir, rassembla le reste de ses forces pour lui reprocher amèrement la faiblesse qu'il avait eue de céder à ses instances.

Il a été fait des exceptions en faveur des petites amputations, celles des doigts et des orteils. Ces organes peuvent être quelquefois tellement déviés et ankylosés que leur présence est non-seulement désagréable, mais devient encore une cause de douleur, de gêne. Il est des doigts qui privent les ouvriers de travailler ; il est des orteils qui empêchent, entravent la marche ; alors des praticiens très estimés se décident à l'amputation. Sur dix-sept opérations on compte quinze succès. J'avoue que, pour ma part, les deux insuccès me paraissent bien contrebalancer les guérisons. Je

me rappelle avoir refusé d'amputer un doigt à un ouvrier, qui trouva le lendemain un chirurgien plus complaisant. Cinq jours après, ce malheureux n'était plus. Il était père de trois enfans !

Je ne blâme pas absolument les chirurgiens qui coupent des doigts et des orteils par complaisance. Mais je déclare que je m'en abstiendrai toujours. Ainsi, qu'on ne se méprenne pas sur ma pensée. Il est des pratiques qu'on ne suit pas et que l'on blâme : ce sont celles qui sont essentiellement mauvaises. Il en est que l'on ne suit pas, mais on ne blâme pas pour cela ceux qui les suivent, parce qu'elles ont en leur faveur des faits et des autorités recommandables. Il y a une grande différence, pour le danger, entre l'amputation d'un doigt ou d'un orteil dans l'articulation d'une phalange avec une autre phalange, et l'amputation dans l'articulation de la première phalange avec les os du métacarpe ou du métatarse.

Ainsi je suis complètement opposé aux grandes opérations pratiquées pour des difformités et je n'approuve pas davantage les résections osseuses pour remédier à ces lésions.

e. Mais il est un ordre d'opérations qui, n'étant pas placées sur la même ligne de gravité, trouvent une foule d'applications. Si par une simple incision, soit de la peau ou d'une cicatrice, soit d'un tendon ou d'un muscle, soit même d'un ligament, on peut guérir une difformité, cette incision bien faite, n'exposant, dans le plus grand nombre des cas, à aucun danger, devra être autorisée ; on comprend sous le nom de *ténotomie* la plupart de ces opérations.

J'ai dit tantôt que l'ankylose était un mode de guérison qu'il fallait respecter ; il le faut, en effet, dans le plus grand nombre des cas ; mais il est de ces difformités qu'on peut chercher à guérir, si l'opération nécessitée pour cela n'est pas grave. Si on

voulait creuser la question des indications thérapeutiques dans les cas d'ankyloses, il faudrait en établir d'abord deux classes : 1° Ankyloses *intra-capsulaires* ; 2° ankyloses *extra-capsulaires*. Les premières sont formées par des adhérences de la synoviale, par des soudures des extrémités articulaires. Il est toujours imprudent d'y toucher. Ce sont ordinairement des résultats d'une maladie profonde, grave, qui a intéressé la synoviale, les os. L'ankylose est alors un bienfait qu'il ne faut ni méconnaître ni compromettre.

La seconde catégorie d'ankyloses est ordinairement formée par des rétractions des muscles, des tendons ou des ligamens en rapport avec l'articulation. Ici la ténotomie peut être applicable. En coupant les organes rétractés, on donne du jeu à l'articulation ; bien entendu, quand ce jeu est seulement empêché par les parties extrinsèques de l'articulation. Mais plus les liens, les organes à diviser seront nombreux, considérables, moins il y aura de chances pour un succès complet, car, de deux choses l'une, ou l'incision faite à ces organes se réunit presque immédiatement par une substance intermédiaire très courte, ou bien reste entre les deux bouts du lien divisé un espace plus ou moins considérable, dans lequel se forme un tissu nouveau, qui n'aura jamais la résistance du tissu divisé. Dans le premier cas, l'ankylose se reproduira ; dans le second cas, il y aura un relâchement de l'articulation, qui l'empêchera de remplir complètement ses fonctions. On pourra répondre que je fais là de l'analogie ou une hypothèse ; c'est possible : mais cette hypothèse pourrait bien changer de caractère et devenir un fait. La ténotomie *comme méthode opératoire* est née de nos jours ; elle en est à ses promesses, à ses essais ; ils sont hardis, brillans, très nombreux ; mais, par cela même, nous sommes encore loin

deux bouts de l'organe divisé est trop courte, la rétraction se reproduira; s'il y a un tissu intermédiaire étendu, la force de l'organe sera diminuée, le membre opéré ne pourra rentrer dans l'exercice complet de ses fonctions et sera certainement beaucoup plus faible. Après l'opération du strabisme, par section des muscles, la substance intermédiaire aux deux bouts du muscle divisé sera très peu considérable, elle aura une certaine étendue ou bien l'adhérence de l'un des bouts du muscle à la sclérotique se fera mal. Il pourra donc y avoir récidive ou absence du mouvement du côté du muscle opéré, et dans ce dernier cas, le malade pourrait bien échanger un regard par trop oblique contre un regard légèrement stupide. M. J. Guérin a vu ces imperfections, et sa méthode, selon lui, les fait disparaître. Je répète que les faits, pour juger complètement de pareilles questions, ne sont pas encore assez connus ou qu'ils n'ont pas acquis le degré de maturité que la science exige.

§ III. Déplacemens.

a. Un déplacement indique la *réduction*. On réduit, en effet, une hernie, une luxation; mais on ne doit pas et on ne peut pas réduire toutes les hernies, toutes les luxations. Les contre-indications viennent, le plus souvent, de l'ancienneté de la maladie; on les trouve ou à la nouvelle place occupée par l'organe déplacé, ou à la place que la nature lui avait assignée; car sur un de ces points, souvent sur les deux, se sont opérées des modifications qui ne peuvent plus permettre le rétablissement des rapports primitifs. Ainsi, l'ancienne cavité se rétrécit, s'efface quelquefois en grande partie; elle ne peut donc plus contenir convenablement l'organe qui l'a abandonnée. Celui-ci, d'ailleurs, a contracté, dans l'ancienne cavité,

des liens qu'il faudrait rompre. Ainsi, on sait qu'il est des hernies irréductibles par l'adhérence des organes herniés avec le sac. Il s'est opéré aussi des changemens dans l'organe déplacé, qui le forcent à rester où l'accident l'a porté et à renoncer à son ancienne position, surtout quand son absence a été longue, prolongée. Ainsi, l'épiploon déplacé peut subir une hypertrophie qui le met dans l'impossibilité de rentrer dans le ventre et de s'y maintenir.

Si vous usez de violence vous pourrez, à la rigueur, parvenir à réduire des déplacemens jugés irréductibles par des praticiens sages, et vous vanter de quelques succès que vous leur aurez ravis ; mais, si un jour, vous venez à compter avec votre conscience, pour peu que votre mémoire soit fidèle, il vous sera reproché des gangrènes, des inflammations graves, des ruptures de muscles, de tendons, des déchirures de ligamens, de vaisseaux, de nerfs, des brisures des os même les plus solides ; enfin, des accidens très souvent mortels. Après une réduction *forcée* de l'humérus, expliquer par une congestion cérébrale une mort qui a suivi immédiatement les manœuvres, ce n'est pas se justifier, c'est ajouter un mensonge à une mauvaise action.

Les dangers d'une réduction *forcée* ne sont pas tous là ; il en est qui sont dus aux nouveaux rapports établis par l'organe réduit. Ainsi, après la réduction de certaines hernies, surviennent des coliques, des accidens du côté de l'abdomen, qui obligent le chirurgien à reproduire le déplacement Dans les hernies de l'encéphale les manœuvres de réduction donnent lieu souvent à des symptômes de compression cérébrale qui doivent arrêter la main du chirurgien.

b. Il est rare qu'une maladie ne présente qu'une indication. Ici l'indication principale étant impossible à remplir, il faut

saisir l'indication secondaire. Par des bandages, des appareils, on peut soutenir, protéger les organes déplacés, les mettre dans les conditions les moins défavorables à l'accomplissement de leurs fonctions. Pour les hernies irréductibles, il y a des modifications à apporter à la pelotte du brayer. D'ailleurs le temps qui est une cause d'irréductibilité peut aussi amener des modifications dans les rapports de l'organe déplacé, qui lui permettent de reprendre ses fonctions, non pas en totalité et dans toute leur perfection, mais à des degrés suffisans pour que le malade utilise encore cette partie. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades finir par se servir très bien d'un bras luxé dont la réduction n'a pas été opérée. M. J. Cloquet citait un sujet qui se faisait la barbe avec un bras anciennement luxé et qui n'avait pas été réduit. L'individu qui a une luxation irréductible du fémur commence à marcher avec des béquilles, puis avec des bâtons qu'il finit par quitter aussi.

§ IV. Rétentions.

a. Les rétentions indiquent *l'évacuation*. Des humeurs, des matières excrémentitielles peuvent être retenues dans leurs réservoirs, leurs canaux naturels, ou dans le tissu cellulaire. De la sérosité s'accumule dans les séreuses, les synoviales, le tissu cellulaire ; des kystes, des humeurs morbides, du sang forment aussi des foyers, des tumeurs. En général, ces rétentions indiquent une opération qui consiste à évacuer les matières retenues. Mais l'indication n'est pas également pressante, urgente ; et souvent après avoir obéi à la première indication, celle d'évacuer, surgit une autre indication, celle d'empêcher une nouvelle accumulation.

b. Les rétentions qui présentent l'indication la plus pressante, la plus nette, sont celles des humeurs, des matières excrémentitielles. Ainsi, rien de plus urgent que l'indication, dans un cas de rétention d'urine. Il n'y a pas de douleur, quelle que soit son atrocité, qui puisse être comparée aux angoisses du malheureux qui a la vessie pleine et qui ne peut uriner. L'indication la plus naturelle ici est de vider la vessie par l'urèthre. On y parvient presque toujours, quand on joint à la connaissance des bonnes méthodes une certaine habileté pour les appliquer. Si la voie normale ne peut être ouverte, on en pratiquera une accidentelle ; et dans le choix du procédé, on devra préférer celui qui se rapprochera le plus de la méthode naturelle. On optera donc pour la *boutonnière*.

c. La rétention des matières fécales cause aussi les accidens les plus redoutables, et jette bientôt le malade dans une grande prostration. Ces rétentions peuvent être dues à un état du canal digestif lui-même (*invaginations*), aux anneaux dans lesquels il s'engage en se déplaçant, et à d'autres circonstances que je ne puis apprécier ici (*étranglemens herniaires*) ; elle peut être due aussi à un endurcissement des matières fécales, à un corps étranger, etc. L'indication est encore très pressante ; il faut rétablir le cours des matières fécales. Je ne puis poser en principe d'ouvrir le ventre pour aller à la recherche d'un étranglement interne, d'une invagination pour les détruire. Quand il y a réellement étranglement herniaire, on devra se hâter de le lever par l'opération du débridement. Cependant, avant d'en venir à cette opération qui peut compter parmi celles qui sont graves, on fera bien d'employer avec vigueur, avec célérité, les antiphlogistiques les plus énergiques dans le but

d'opérer une détente qui favorisera le taxis qu'on devra suffisamment continuer, mais qui ne sera jamais *forcé*. On pourrait quelquefois faciliter la réduction en introduisant par le rectum une grande sonde en gomme élastique qui favoriserait l'expulsion des gaz et de quelques matières fécales liquides.

Les matières fécales retenues dans le rectum sont accessibles aux instrumens, aux doigts introduits par l'anus; quelquefois ces matières sont endurcies au point de simuler des calculs. On extraira aussi les corps étrangers venus de dehors qui peuvent empêcher la défécation.

Il y a une observation à faire ici, également applicable à toutes les grandes évacuations produites par le chirurgien: c'est que, si elles sont très promptes et complètes, elles peuvent jeter le malade dans un état de prostration dont on le relèvera difficilement. Il pourra même mourir subitement. Je me rappellerai long-temps un vieux malade de la Charité, qui avait une rétention d'urine; la vessie était dilatée au point de dépasser l'ombilic. Je remplaçais alors M. le professeur Velpeau. Des médecins de la ville et des élèves de la Charité avaient inutilement tenté le cathétérisme chez ce malade; ils n'avaient pu parvenir dans la vessie. J'y parvins, et cela en présence d'une multitude d'élèves. J'avoue que je ne fus pas peu flatté de voir couler l'urine par la sonde: il en coula beaucoup, il en coula malheureusement trop, car, après avoir complètement vidé cette énorme vessie, mon malade tomba dans un colapsus profond et s'éteignit peu de temps après avoir été transporté à son lit.

Pendant un de mes voyages dans ma ville natale, j'eus un succès qui n'eut pas plus de durée que le précédent et qui finit d'une manière aussi triste. Un ancien marin avait une

hernie très volumineuse qui s'engoua. Il éprouvait des vomissemens, était constipé et souffrait beaucoup du ventre. Je parvins à réduire sa hernie ; mais les selles ne se rétablissaient pas, ce qui m'inquiétait beaucoup. Après avoir réfléchi à la cause du retard des selles, j'imaginai d'explorer le rectum, et je le trouvai rempli de matières fécales très endurcies. J'en fis l'extraction. Ces matières une fois enlevées, les selles vinrent avec une très grande abondance et une très grande rapidité, ce qui me faisait espérer ; mais quelques heures après, on vint m'annoncer la mort de mon malade.

De ces deux faits, et de bien d'autres connus des chirurgiens qui ont été à même d'observer long-temps, on peut déduire cette règle pratique : Qu'il ne faut pas, surtout chez les vieillards, évacuer en une seule séance les matières trop long-temps retenues, quand elles sont en très grande quantité. On le peut pour l'urine, pour d'autres cas de rétention ; mais comment arrêter une débâcle comme celle qui eut lieu à la suite de l'extraction des matières fécales endurcies dans le rectum du marin dont il vient d'être question ?

Quand on a rempli la première, *la principale* indication, celle de lever l'obstacle à l'expulsion d'une matière quelconque, reste une seconde indication qui a aussi une grande importance, c'est de chercher à empêcher une autre accumulation. Ainsi, on laissera d'abord une sonde dans l'urèthre et on traitera plus tard la cause de la rétention d'urine ; on entretiendra la liberté du ventre, on contiendra la hernie, etc., pour les cas d'accumulation de matières fécales ; pour les cas d'accumulation de liquides dans des cavités normales ou anormales, on modifiera la vitalité de cette cavité : il faudra chercher quelquefois à l'effacer ; c'est ce

qu'on fait pour l'hydrocèle, pour certains kystes, pour les poches purulentes.

d. Mais toutes les rétentions indiquent-elles une opération? Oui, toutes celles qui donnent lieu à des accidens promptement graves, quand les matières accumulées pourraient causer de graves accidens par leur infiltration dans le tissu cellulaire ou par la compression; quand l'opération n'est pas encore plus directement dangereuse que la maladie qui la réclame. Ainsi les rétentions d'urine, les rétentions de matières fécales, les abcès, qui reconnaissent pour cause l'urine ou ces matières.

La nature de la matière accumulée peut donc indiquer une opération prompte, essentielle, permettre commander même une temporisation; ainsi souvent une accumulation de sang n'indique pas une opération prompte, et il est certain qu'on ne doit pas ouvrir un anévrysme.

Le siége de la collection peut fournir une indication. Ainsi un abcès sous-aponévrotique devra être promptement ouvert, tandis qu'on peut temporiser pour un abcès peu étendu qui sera sous-cutané; dans les abcès glandulaires, on fera bien de s'abstenir de toute opération.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE CHIRURGICALE.

Bec-de-lièvre.

M. Bouisson, professeur de pathologie externe à la faculté de médecine de Montpellier, vient de publier, sous le titre de *Recherches sur les fissures congénitales des lèvres, ou Des variétés et des causes du bec-de-lièvre*, un assez lontravail dans le *Journal de la Société de Médecine pratique de Montpellier*. L'auteur ayant pu étudier, à Strasbourg, les pièces que renferme le musée de cette ville, sous ce rapport déjà son mémoire est très intéressant, comme tout travail renfermant des faits nouveaux sur une question controversée.

Avant d'aller plus loin, que M. Bouisson nous permette une petite critique de détail. Nous n'aimons pas cette dénomination de fissure qu'il a adoptée. Elle ne nous semble pas indiquer d'une manière suffisamment explicite qu'il y a division de la lèvre. D'ailleurs, à quoi bon cette innovation? Si le bec-de-lièvre était une de ces maladies que découvre la perspicacité des modernes, et qu'il s'agît de dénommer l'affection nouvelle, nous concevrions que l'on cherchât une désignation plus convenable que celle de bec-de-lièvre. Mais la maladie est ancienne ; elle porte le même nom depuis Galien, qui l'appela *lagocheilos* ; tous les chirurgiens la connaissent sous ce nom ; il n'y a donc nulle nécessité de le changer.

C'est à Galien qu'il faut se reporter pour trouver la première mention relative au bec-de-lièvre congénial. Hippocrate n'a point parlé de cette difformité, quoi qu'en ait pu dire

M. Laroche (*Dissert. sur les monst. de la face;* Paris, 1823); et Celse a indiqué seulement le bec-de-lièvre accidentel.

Le bec-de-lièvre, dit M. Bouisson, se présente quelquefois chez les animaux, tantôt comme disposition normale, chez certains chiens, par exemple; tantôt comme difformité; l'auteur a vu un chien monstrueux chez lequel les deux lèvres étaient bifides.

Comme le titre de son mémoire l'indique, M. Bouisson a divisé son travail en deux parties : dans la première, il étudie les variétés du bec-de-lièvre ; dans la seconde, ses causes. Etudions avec lui, d'abord, les variétés de cette difformité.

Le bec-de-lièvre est *simple* ou *complexe*. Le bec-de-lièvre simple (*fissure labiale simple*) peut se présenter à la lèvre inférieure et à la supérieure.

M. Cruveilhier, entre autres auteurs, a nié l'existence du bec-de-lièvre inférieur. Contre cette opinion, M. Bouisson a cité : 1° un fait extrait par Meckel des *Ephém. des cur, de la nat.*, et rapporté par Seidliger; fait dont on peut, à la vérité, contester l'authenticité, à cause du défaut de sévérité du recueil qui le renferme; 2° le cas positif inséré par Nicati dans sa dissertation (*de labii leporini congeniti natura et origine;* Utrech et Amsterdam, 1822), et qui existait sur un enfant de cinq ans environ; cas, d'ailleurs, déjà mentionné par MM. Velpeau et Vidal; 3° un autre fait indiqué trop laconiquement par M. Couronné (*Ann. clin. de la Société de Méd. prat. de Montp.;* oct. 1819, p. 107), qui assure avoir vu une division congéniale de la lèvre inférieure; 4° enfin, un cas observé par lui-même sur un des fœtus du musée anatomique de Strasbourg, « et dans lequel la lèvre inférieure présente, à sa partie moyenne, un sillon assez profond, dont les bords offrent tous les caractères que l'on retrouve ordi-

nairement dans le bec-de-lièvre, de manière à écarter tout soupçon d'ulcération cicatrisée. La fente comprend toute l'épaisseur du bord labial, mais ne s'étend pas sur les faces de la lèvre qui, au reste, est peu étendue en hauteur. »

Relativement au bec-de-lièvre simple supérieur (*fissure labiale simple supérieure*), M. Bouisson a successivement examiné ce qui avait rapport à la *position*, à la *direction* et à la *profondeur*. « La *position* la plus commune, dit M. Bouisson, est celle dont résulte la séparation de la lèvre en deux moitiés inégales, dont la plus considérable comprend la dépression sous-nasale.» C'est le plus souvent à gauche qu'a lieu la division, ce qui rentre dans la loi tératologique d'après laquelle les anomalies sont plus fréquentes de ce côté qu'à droite.

MM. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire (1) et Cruveilhier s'accordent pour admettre que le bec-de-lièvre simple occupe toujours l'un des bords de la rainure sous-nasale. Toutefois, Nicati a rapporté l'exemple d'un enfant de deux ans affecté d'un bec-de-lièvre exactement médian. M. Blandin, de son côté, disséqué un embryon dont la lèvre supérieure était bifide sur la ligne médiane. Enfin, il existe un fait du même genre au musée de Strasbourg. Ces faits, qui infirment l'opinion commune de MM. Geoffroy-Saint-Hilaire et Cruveilhier, n'en sont pas moins exceptionnels, et l'assertion de Bertrandi, reproduite par Osiander, d'après laquelle la division siégerait *ordinairement* vis-à-vis la symphyse de l'une ou l'autre mâchoire, est entièrement erronée. Quant à la *direction*, la fente est verticale dans le bec-de-lièvre médian; oblique de haut en bas et de dehors en dedans, dans le latéral, de manière, dit le professeur de Montpellier, à ce que le bord externe soit un peu plus long que l'interne. Le plus

(1) *Hist. des Anomalies de l'organisation*, Paris, 1832, T. I, pag. 581.

souvent, les bords sont droits; MM. Geoffroy et Bonisson les ont vus cependant légèrement onduleux. L'auteur du mémoire a vu quelquefois le bord externe un peu excavé à sa partie moyenne, disposition que, dans d'autres cas, les deux bords ont présentée à-la-fois. Sur un des sujets observés par M. Bouisson, il existait une sorte d'angle saillant à la partie moyenne du bord externe. La *profondeur* du bec-de-lièvre supérieur varie; quelquefois la division est limitée au bord labial; d'autres fois elle atteint le milieu de la hauteur de la lèvre; le plus souvent elle divise entièrement celle-ci, et établit la communication de la narine avec la bouche. Dans le cas de bec-de-lièvre supérieur médian qui se trouve au musée de Strasbourg, la partie inférieure de la lèvre est seule complètement divisée, *le reste de la fissure se réduit à un sillon profond*, creusé sur la face antérieure de la partie. Généralement les os sont exactement soudés, quand le bec-de-lièvre est simple. Toutefois, dans le cas de bec-de-lièvre médian rapporté par Nicati, il y avait écartement des os incisifs. Quelques auteurs ont aussi fait connaître des exemples d'écartement dans des cas de bec-de-lièvre simple latéral. La scissure osseuse était également latérale.

Arrivons au *bec-de-lièvre complexe*. Il est à peine besoin de dire que ce vice de conformation se rencontre exclusivement à la lèvre supérieure. Il a été indiqué par tous les auteurs, et consiste essentiellement dans une double division qui, existant de chaque côté de la dépression sous-nasale, circonscrit une languette médiane dont la base se continue avec la sous-cloison du nez, plus ou moins en avant, et, dans quelques cas, suivant l'observation de Dupuytren, tout-à-fait au bout du nez. Dans le plus grand nombre des cas, le bec-de-lièvre double s'accompagne d'un écartement osseux. Il y

a, c'est-à-dire, en arrière du mamelon charnu, une portion osseuse détachée et représentée par ce que l'on a appelé les os intermaxillaires. Ceci est une question controversée. Y a-t-il des os intermaxillaires chez l'homme ? M. Bonisson a opposé l'une à l'autre l'opinion affirmative de Spigel (*de formato fœtu*; Francfort, p. 55), de Goëthe, de Meckel, et l'opinion négative de Seiff, de Weber, de MM. Velpeau et Cruveilhier. Quant à lui, il s'est prononcé pour l'observation, qui lui a montré « une tête de fœtus de trois mois et demi environ sur laquelle les os intermaxillaires sont si bien isolés en avant et vers la voûte palatine, qu'en réalité il est impossible de se méprendre sur leur détermination. » Cette pièce anatomique appartient à l'auteur.

Dans le bec-de-lièvre double, l'existence de ces os est incontestable. Ils forment un bouton osseux suspendu à l'extrémité antérieure du vomer, et composé de deux moitiés, tantôt soudées, tantôt susceptibles de séparation, représentant, chacune, un des os incisifs. La moitié qui correspond au plus grand écartement est exiguë et ne peut supporter qu'une seule incisive ou même point. Dans quelques cas, ainsi que l'a observé Tenon (*Mémoires sur l'anat., la pathol.*, etc.; Paris, 1816), on voit la séparation osseuse porter non sur la juxta-position de l'os incisif avec l'os maxillaire, mais sur l'épaisseur du premier, de sorte qu'on a constaté des germes de dents incisives sur le côté maxillaire de la fente. La séparation osseuse se continue ordinairement avec une scissure antéro-postérieure qui porte sur la voûte palatine, et fait communiquer la bouche et les fosses nasales. Rarement cette fissure est bien médiane; elle est constituée le plus souvent aux dépens de la portion horizontale des os maxillaire et palatin d'un côté, et se prolonge sur le voile

du palais, alors partagé en deux moitiés. Il peut y avoir absence totale de la voûte palatine (*gueule de loup*), difformité affreuse, peu compatible avec la vie. Les os incisifs seuls peuvent manquer.

On a indiqué sous le nom de *fissures congénitales des joues*, une difformité dans laquelle les scissures de la lèvre s'étendent plus ou moins sur la face. Klein, Nicati et M. Laroche en ont fait connaître des exemples. Dans le cas de Nicati, le sujet, anencéphale, portait un bec-de-lièvre, et, en outre, une fente allait de chaque angle des lèvres à l'œil correspondant.

On a dit que la lèvre supérieure pouvait être divisée par trois scissures qui la partageaient en quatre parties. On s'était fondé sur un passage de Lafaye que l'on a mal interprété. Ce passage était cependant bien explicite. Le voici : « Quelquefois la lèvre est divisée en *trois* parties, de manière qu'il y a une division au-dessous de chaque aile du nez, et *une portion de la lèvre dessous le nez.* » Par cela même que ce passage de Lafaye est très clair, nous craignons, quant à nous, que M. Bérard ne se soit mépris en pensant que c'est sur cette seule indication que s'est fondée l'opinion qui admet la triple fissure labiale. Voici, du reste, un autre passage extrait de Sandifort, par M. Bouisson, et dont la signification est formelle : « Sæpè unico in latere fissum labium fuit, quandòque duplex aut et *triplex* hocce vitium existit, absque ut tamen palatum mutationem subierit. » Malheureusement ce n'est là qu'une assertion.

La lèvre supérieure peut manquer complètement (*achélie*) ou incomplètement (*atelo-chélie*). M. Bouisson cite un cas qu'il a observé, dans lequel la portion moyenne de la lèvre supérieure manquait. Sur un sujet examiné par Meckel,

la dépression sous-nasale et la portion correspondante du bord alvéolaire n'existaient pas. Deux faits de ce genre ont été, au dire de M. Laroche, rapportés par Vrolick; et M. Laroche, lui-même, parle d'un sujet monstrueux qui lui fut donné par Beclard, et qui présentait cette difformité.

Après cette première partie consacrée à l'étude des variétés du bec-de-lièvre, M. Bouisson examine la question difficile des causes de cette difformité. L'auteur a cité d'abord, à titre de renseignemens curieux, l'opinion de Jourdain qui attribuait cette anomalie à une déchirure que le fœtus se serait faite à lui-même avec ses poings, et celle d'Osiander qui voulait qu'une membrane fût tendue au-devant des mâchoires, et qu'un liquide, tombé du crâne, produisît le bec-de-lièvre par la rupture de cette membrane; il a examiné ensuite : 1° L'opinion de Nicati et Vrolick, d'après laquelle la langue, trop développée, ferait effort sur les os, les empêcherait de se réunir, et s'opposerait ainsi à l'adhésion des parties correspondantes des lèvres; 2° celle de Haller, qui peut être formulée en ces termes : « Dans l'embryon, il existe une époque où les os de la mâchoire supérieure, à-la-fois rapprochés et distincts l'un de l'autre, sont unis par du tissu cellulaire. Un travail qui doit se faire dans ce tissu l'ossifiera, et les os seront alors intimement assemblés; mais si le tissu cellulaire manque, il y aura fissure, et dès-lors, les os déjà formés tendront à s'éloigner. Cet écartement, lent et progressif, devra réagir sur les muscles de la lèvre supérieure, et les tirailler peu-à-peu, jusqu'à ce qu'il s'opère une déchirure dans cet organe primitivement bien constitué »; 3° La théorie de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, qui admet, entre autres causes du bec-de-lièvre, l'adhérence accidentelle des annexes du fœtus avec le point de leur surface où

la monstruosité se développe ; 4° l'opinion qui reconnaît l'influence de l'imagination de la mère ; 5° celle qui suppose une altération primitive des germes ; 6° l'opinion de M. Velpeau, adoptée par M. Cruveilhier et d'après laquelle le bec-de-lièvre serait l'effet d'une maladie du produit de la conception ; 7° enfin, la théorie plus accréditée de l'arrêt de développement, à propos de laquelle l'auteur a rappelé l'opinion de Paré qui regardait cette monstruosité comme produite par un défaut de force formatrice, et cité un passage d'Harvey qui prouve que c'est à ce grand physiologiste et non à Blumenbach, qu'il faut faire remonter la doctrine du développement des lèvres par plusieurs points. D'après Blumenbach la lèvre supérieure se développe par trois points, un pour la partie moyenne et un pour chaque partie latérale. D'après M. Blandin, il y aurait quatre points de développement. « Les deux points centraux, dit cet habile anatomiste, se réunissent de très bonne heure ;... c'est cette réunion prompte qui a abusé Blumenbach, Meckel, Béclard, etc., et leur a fait croire que la lèvre supérieure était seulement trifide dans l'origine. » De cette doctrine anatomique à la théorie de la formation du bec-de-lièvre par arrêt de développement des lèvres il n'y avait qu'un pas, et les modernes l'ont franchi. Voici, à ce sujet, les expressions de Meckel : « L'état anormal le plus remarquable de la cavité orale est celui qui arrive quand elle persiste dans sa configuration primitive et que les fissures primordiales ne s'oblitèrent point : cet état est désigné à la lèvre supérieure sous le nom de bec-de-lièvre. » (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, T. 4, pag. 48.)

M. Blandin revendique la priorité pour cette application de l'idée de Blumenbach. La théorie de l'arrêt de dévelop-

pement, dit M. Buissson « a paru avec faveur dans la science, et s'est intimement associée à celle qui veut établir un parallélisme de développement entre les divers points de la lèvre supérieure et ceux du rebord maxillaire qu'elle recouvre. » *L'évolution par quatre points est patente à la partie osseuse de laquelle procède la lèvre supérieure*, a dit M. Blondin. D'après cette remarque de l'anatomiste français, le bec-de-lièvre reconnaîtrait pour cause première un arrêt d'ossification ; toutefois, dans un grand nombre de cas, le bec-de-lièvre n'est pas compliqué de l'écartement des os, de sorte que celui-ci ne saurait être, alors au moins, regardé comme cause première. A la théorie de l'arrêt de développement se rattachent l'idée de l'insuffisance des artères labiales (M. Serres), et celle de l'imperfection des nerfs (Béclard),

Après avoir discuté ces différentes théories, M. Bouisson expose la sienne. Se fondant sur les travaux des physiologistes allemands, rassemblés par Burdach (1), il admet que la bouche, à l'égal de la pupille, est d'abord close, et que cette ouverture ne commence à se former que vers la sixième semaine. Elle se formerait par un double travail d'absorption qui se ferait de l'intérieur à l'extérieur, d'une part, et, de l'extérieur à l'intérieur, de l'autre. Il vaudra mieux, pour la satisfaction du lecteur, laisser parler M. Bouisson : « Ce travail d'absorption, dit-il, a été, pour ainsi dire, surpris en action par Meckel, qui a trouvé un embryon humain chez lequel la bouche n'était ouverte qu'en trois endroits, les intervalles étant encore adhérens. L'ouverture qui se constitue a lieu aux dépens de l'opercule organique qui doit ultérieurement représenter les lèvres... Il (le travail de l'absorption) peut aller jusqu'à la destruction totale des lèvres,

(1) *Traité de physiologie*, Paris, 1838, T. III, pag. 366.

dont nous avons signalé des exemples, ou se borner à la destruction de la lèvre supérieure, ou seulement de sa partie moyenne. Plus fréquemment elle se restreint à un seul point; tantôt le travail destructeur est promptement arrêté, et il en résulte le bec-de-lièvre incomplet; tantôt il se prolonge, et la fissure labiale se porte alors jusqu'à la narine; s'il s'exprime sur deux points à-la-fois, le bec-de-lièvre double en est la conséquence; s'il se concentre vers l'angle des lèvres, il en résulte la fissure congénitale des joues. »

Nous ne prendrons parti pour aucune des théories étiologiques dont il a été question, attendu que, pour nous, l'obscurité qui voile l'origine du phénomène n'est pas encore dissipée. Quant à la théorie de M. Bouisson, elle repose, nous regrettons de devoir le dire, sur un fait absolument inexact. L'occlusion primitive de la bouche et la formation de cette ouverture par absorption sont une erreur matérielle dont l'évidence ressortira pour quiconque a étudié sur la nature le développement de l'embryon humain. Il n'en est pas moins vrai que le mémoire de M. Bouisson offre beaucoup d'intérêt par les faits nouveaux qu'il contient, et par l'exposition complète du sujet, dans les points que l'auteur a choisis. C'est même, à ce titre, que nous l'avons si longuement analysé. Une analyse ne fait que mentionner les principales divisions d'un travail, où elle le suit pas à pas, et le reproduit avec concision et fidélité; dans le premier cas elle n'est qu'une annonce; dans l'autre, elle équivaut à la lecture même du travail analysé.

Fractures de la rotule.

M. Eloire, chirurgien militaire, attaché à l'hôtel royal des Invalides, a présenté à l'Académie royale de méde-

cine, dans la séance du 9 janvier, une rotule fracturée transversalement et réunie au moyen d'un cal parfaitement osseux. Il est fâcheux que le fait ne soit pas rapporté avec plus de détails dans les fascicules de l'Académie. Comment l'accident avait-il eu lieu? Quel traitement, quel appareil avait-on employé? Par suite de quelles circonstances a-t-il été possible d'examiner l'os fracturé et de reconnaître son mode de consolidation? Ce sont autant de questions dont l'examen nous aurait intéressé, et dont on ne s'est pas occupé. C'est ainsi que des faits remarquables restent souvent comme non avenus, et ne peuvent servir à l'avancement de la science. Ensuite, il nous importerait de savoir quelle figure offre l'os fracturé, quel a été l'écartement des fragmens, et si le cal représente une simple trace linéaire, ou, au contraire, une bandelette d'une certaine largeur. La connaissance de toutes ces circonstances, lors même que celles-ci n'offriraient pas d'importance par elles-mêmes, donnerait au fait plus de certitude (1).

(1) Depuis que cet article a été livré à l'impression, nous avons pu recueillir des renseignemens sur ce fait: Le sujet de l'observation était un vieux soldat, nommé Schmitz; il était fortement constitué; et avait soixante-onze ans écoulés lorsqu'il se fractura la rotule. Il était ivre, et on ne put savoir de quelle manière l'accident s'était produit. M. Pasquier fils, chirurgien en chef des Invalides, dans le service duquel il fut admis, reconnut aisément la lésion (il y avait un écartement de plus de deux travers de doigt), rapprocha les fragmens, et appliqua l'appareil suivant: deux compresses longuettes furent placées au-dessus et au-dessous de la rotule, et croisées sous le jarret. Une bande trempée dans l'amidon fut appliquée par dessus les compresses; on laissa le bandage se sécher, et le membre fut placé sur un oreiller qui le maintint élevé un peu au-dessus du lit. Le blessé resta couché pendant deux mois, et, au bout de ce temps, il commença à marcher à l'aide de béquilles. Il sortit de l'infirmerie. Au bout de quatre mois, il y rentra, pour mourir d'une manière

La possibilité de la consolidation des fractures transversales de la rotule par un cal osseux n'est pas un fait anciennement acquis à la science. Les cas qui démontrent cette possibilité sont récens et peu nombreux. M. Vidal (de Cassis) n'en cite que trois dans son *Traité de pathologie externe*. L'un de ces cas a été observé par Lallemant, chirurgien de la Salpétrière ; le second par A. Cooper, sur un individu qui avait été traité par Chopart ; le troisième par M. Fielding, de Hull ; un quatrième cas est cité par M. Sanson (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), qui dit très brièvement avoir vu une pièce dans laquelle la réunion d'une fracture transversale de la rotule s'était opérée par un véritable cal. On rapporte, en outre, dans les leçons orales de Dupuytren, que, lors du voyage d'Astley Cooper, à Paris, en 1829, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu montra à son célèbre émule plusieurs rotules offrant le même mode de consolidation à la suite pareillement de fractures transversales. Quoi qu'il en soit, en voilà assez pour répondre au défi porté par Pibrac, dans le sein de l'Académie de chirurgie, à tous les chirurgiens d'Europe, de lui présenter une rotule qui, fracturée en travers, se fût réunie par un cal osseux ; en voilà assez, en même temps, pour démontrer par le nom même des chirurgiens cités, ce que nous établissions tout-à-l'heure, que

presque subite, dans une complète ivresse, et par l'effet d'une apoplexie pulmonaire. On examina l'os fracturé, et on le trouva consolidé par le moyen d'un cal osseux. Nous avons vu la pièce. L'os a été scié en long. La fracture est réunie par un cal linéaire et véritablement calcaire. Seulement, il y a çà et là de petites lacunes, qui du reste se retrouvent dans d'autres parties de l'os, et qui tiennent probablement à la macération prolongée que l'on fait encore subir à cette rotule. Voilà donc une fracture de rotule réunie par un cal osseux, sur un vieillard de 72 ans !

le fait de la consolidation osseuse des fractures rotuliennes transversales n'est pas démontré depuis long-temps : d'où il résulte que les cas qui viendront à l'appui de ce fait doivent être recueillis avec soin.

Généralement la consolidation a lieu par l'interposition entre les fragmens, d'une substance fibreuse, qui résulte de l'organisation de la lymphe plastique, et a plus ou moins d'étendue en hauteur. Si l'écartement des fragmens reste considérable, la marche est difficile, et le blessé est obligé de porter une genouillère. M. le professeur Velpeau cite, néanmoins, et nous avons vu nous-même des individus chez lesquels l'écartement des fragmens, était de deux pouces environ, sans que la marche fût plus difficile qu'avant l'accident. M. Velpeau, tout en tenant compte de ces cas exceptionnels, fixe à un pouce, d'accord en cela avec Boyer, l'écartement compatible avec le libre exercice des fonctions du membre. Cela étant, il n'y a pas de raisons pour que jamais une fracture transversale de la rotule doive être suivie de difficulté dans la marche, attendu qu'il est toujours aisé de maintenir les fragmens à une distance moindre qu'un pouce.

Il y a un fait sur lequel M. Vidal a justement insisté : c'est l'allongement ultérieur de la substance fibreuse qui réunit les fragmens. La fracture est consolidée ; le malade se lève, et marche ; il étend et fléchit tour-à-tour le membre, comme par le passé, et ces mouvemens ont pour effet d'allonger la substance fibreuse intermédiaire, qui est, en outre, affaiblie. C'est probablement dans ce fait qu'il faut chercher, pour un grand nombre de cas, l'explication de la difficulté de la marche, suite de fractures transversales simples de la rotule : aussi le chirurgien devra-t-il, long-temps encore après l'époque regardée comme celle de la consolidation, faire por-

ter à son malade une genouillère destinée à empêcher la flexion du genou.

Quant au bandage à employer, nous n'en aurions point parlé aujourd'hui sans l'occasion qui nous est fournie par un chirurgien auquel on ne peut refuser une grande activité d'esprit, et qui s'est efforcé récemment de démontrer ce principe depuis long-temps admis, que, dans les fractures transversales de la rotule, les deux fragmens doivent être poussés l'un vers l'autre comme par deux doigts. Que font les praticiens lorsqu'ils appliquent des compresses graduées au-dessus et au-dessous de l'os? Ne substituent-ils pas à cette force intelligente dont l'emploi est impossible, le doigt, une force qui agit de la même manière? Quoi qu'il en soit, c'est d'après ce principe ancien que le chirurgien en question a imaginé un appareil dont on trouvera la description dans la *Gazette médicale* (1), si l'on est désireux de connaître un bandage, ingénieux comme toutes les inventions de son auteur, mais compliqué, et, à ce titre, inférieur aux moyens présentement employés.

Voici l'appareil usité par M. Velpeau; le membre étant modérément étendu, le genou est enveloppé d'un linge fin et sec; après quoi, les fragmens ayant été préalablement rapprochés autant que possible, le chirurgien place en travers, au-dessus du supérieur et au-dessous de l'inférieur, des compresses graduées qui, à l'aide de tours de bande croisés sous le jarret, maintiennent la réduction. Cela fait, une bande roulée, imbibée de dextrine est appliquée depuis le pied jusqu'à la cuisse. Une plaque de carton est placée ensuite le long de la partie postérieure du membre, et maintenue par

(1) N° du 6 février.

une nouvelle bande dextrinée. Il est nécessaire d'appliquer une attelle de bois jusqu'à la dessiccation du bandage.

L'appareil que nous venons de décrire a donné des résultats avantageux à M. Velpeau. Il maintient les fragmens avec solidité, et, dès qu'il est sec, il permet au blessé de se lever et de marcher.

De l'étranglement dans les hernies.

La question de l'étranglement herniaire était un des sujets que nous avions réservés, et que nous nous proposions de traiter avec quelques développemens, à l'égal de la question des injections intra-utérines. Une nouvelle lecture du long et remarquable travail de M. Malgaigne nous a dissuadé. Ce n'est pas que cette lecture nous ait rien fait perdre de la haute estime que méritent les productions de ce chirurgien; au contraire, elle aurait ajouté, si la chose eût été possible, à l'opinion que nous avons conçue et de sa vaste érudition et de son rare talent d'exposition. Mais elle nous a fait penser que certaines assertions ne devaient pas être réfutées longuement, sous peine de leur donner une importance qui ne serait point suffisamment justifiée. On voit que nous ne dissimulons pas notre pensée : c'est que, d'abord, nous nous sommes réservé le droit de la dire franchement sur toute théorie, sur toute assertion, en ayant soin, bien entendu, de ne jamais nous écarter des égards convenables. C'est qu'ensuite il y a des hommes dont le mérite est assez incontestable, pour que l'on doive ne pas craindre, quand il y a lieu, de dire qu'ils se sont mépris. M. Malgaigne ne croit pas à l'étranglement par les orifices aponévrotiques dans les hernies. Le travail dont nous avons parlé, et qui fut publié en septembre 1840, dans la *Gazette médicale*, a pour but de

prouver que l'opinion qui reconnaît cet étranglement est une *hypothèse* dénuée de preuves.

Un jeune chirurgien très recommandable, M. Diday, a répondu au mémoire de M. Malgaigne ; son travail a été aussi inséré dans la *Gazette*. Il ne lui a pas été difficile de réunir, contre la nouvelle et subversive doctrine, bon nombre de faits et de raisonnemens victorieux.

Ce n'est pas, du reste, la première fois que la théorie de l'étranglement par les anneaux est attaquée. Un élève de M. Amussat, dont le nom ne nous est pas resté, écrivait dans sa thèse, il y a déjà plusieurs années, qu'il croirait à ce mode d'étranglement lorsqu'on lui aurait démontré que les tissus aponévrotiques étaient susceptibles de se contracter. A cela il n'y a qu'une réponse à faire : c'est que ce sont, non pas les anneaux qui étranglent les organes déplacés, mais les organes déplacés qui s'étranglent contre les anneaux. Dans les cas rapportés par les auteurs, d'hommes qui ont eu la verge étranglée par une clef, par exemple, ce n'était pas la clef assurément qui s'était resserrée pour étrangler l'organe, c'était celui-ci qui, en se développant, s'était étranglé contre la clef.

Injections intra-utérines.

La lettre suivante nous est adressée par M. Hutin. Nous nous faisons un devoir de la publier.

M. le Rédacteur, dans le n° 2 de votre excellent journal, je lis un article plein d'intérêt, dans lequel vous exposez, avec la plus consciencieuse impartialité, le pour et le contre de la question thérapeutique des injections intra-utérines; certes, une ressource de cette nature mérite au plus haut degré l'attention des praticiens, et ce serait un tort de la condamner à sa naissance, ainsi qu'on a voulu le faire d'après un essai malheureux, il est vrai, mais incontestablement mal dirigé.

Tous les médecins doivent le tribut de leur expérienee à la solution de ce nouveau problème médical; aussi, monsieur, m'empressai-je de vous faire connaître que, depuis 1839, j'ai pratiqué trois fois ces injections avec succès. Deux cas ont été publiés en 1840, dans mon livre sur les affections de la matrice.

Mon procédé diffère assez de ceux que vous avez rapportés pour que je vous en donne connaissance; le voici : Pendant deux ou trois jours de suite, je dilate avec le doigt la cavité du col utérin; je l'habitue ainsi au contact d'un corps étranger; cela fait, j'y introduis un très petit spéculum à deux valves articulées à bascule; puis avec une petite seringue, armée d'une canule longue et grêle, je dirige avec ménagement un filet de liquide qui trouvant, au moyen du spéculum, une retraite facile, ressort à mesure.

Je n'ai encore appliqué ce procédé que sur des femmes qui avaient faits plusieurs enfans; on ne trouverait sans doute pas la même facilité chez celles qui n'en ont jamais eu. Veuillez agréer, etc.

Docteur HUTIN.

Le procédé imaginé par M. Hutin a le succès pour lui. C'est beaucoup, quoique le succès ne soit pas toujours un infaillible garant de la valeur des méthodes opératoires. Peut-être cette introduction répétée du doigt dans le col utérin, pour le dilater, suivie de celle d'un spéculum, à la vérité très petit, inspirera-t-elle aux praticiens des craintes sérieuses. Attendons que M. Hutin ait réuni d'autres observations et fait connaître, dans une communication plus détaillée, les résultats de sa pratique.

Monésia.

Il y a trois ans environ, on essaya d'introduire dans la thérapeutique un nouveau médicament, le monésia, qu'une personne étrangère à la science venait, disait-on, de rapporter d'Amérique, où elle annonçait qu'il était empiriquement et avantageusement employé dans un grand nombre de maladies, surtout contre les diarrhées atoniques.

Dernièrement (janvier 1841), un long article a été publié sur ce médicament, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Cet article, divisé en six paragraphes, contient : 1° Quelques propositions touchant l'histoire naturelle de la substance, qui serait primitivement à l'état d'écorce. 2° Une analyse chimique du monésia. 3° L'indication des formes pharmaceutiques sous lesquelles il peut être administré. 4° Son histoire médicale, c'est-à-dire l'indication des cas dans lesquels il a été employé. 5° Une étude de son mode d'action. 6° La manière de l'administrer. 7° Enfin, un énoncé des travaux qui existent déjà sur ce médicament. Nous nous proposions d'analyser le travail de MM. Derosne, Henri et Payen ; nous avions même commencé une analyse comparative de diverses substances astringentes, nous aidant, dans cette analyse, des lumières d'un de nos collègues, M. H. Quénot, médecin adjoint au Val-de-Grâce, auteur d'excellens travaux d'histoire naturelle. Nous étions d'ailleurs, par rapport au monésia, dans une situation d'esprit assez équivoque. D'une part, des hommes dignes de foi nous disaient avoir employé cette substance avec succès. Ainsi, M. Alquié, médecin en chef du Gros-Caillou, nous assurait l'avoir administrée à plus de cent malades, et en avoir retiré des avantages marqués. De l'autre, il y avait, dans le mémoire de MM. Derosne, O. Henri et Payen, divers points qui nous inspiraient des doutes sérieux. Nous n'en continuâmes pas moins nos recherches, car nous avons à cœur de nous instruire, et de faire dignement, pour notre faible part, les affaires de la science. Nous n'avions plus qu'à vérifier l'analyse chimique du monésia ; mais pour cela, il nous fallait du monésia sous diverses formes, et tout d'abord en écorce. Nous nous adressâmes à plusieurs pharmaciens, qui, *tous*,

nous renvoyèrent à M. Derosne, chez lequel nous nous rendîmes. Chez M. Dérosne on nous offrit l'*extrait* de monésia; *mais on refusa de nous montrer* L'ÉCORCE. Alors nos premiers doutes prirent plus de force, et maintenant nous sommes obligés d'adresser les questions suivantes aux possesseurs du monésia :

Pourquoi n'a-t-on pas indiqué le nom et la qualité du voyageur qui aurait rapporté le monésia?

Comment se fait-il que, *depuis trois ans*, on ne sache pas à quel arbre appartient l'écorce monésia, quand il est évident qu'on aurait pu très facilement se procurer les renseignemens nécessaires à cette détermination?

D'où vient que les médecins américains ne nous ont rien appris sur ce médicament?

Pourquoi le monésia ne se trouve-t-il pas sous toutes les formes dans toutes les pharmacies de Paris?

Enfin, pourquoi M. Derosne ne montre-t-il pas à qui veut l'ÉCORCE monésia ?

Quelle que soit notre incertitude, nous ne nions pas les résultats obtenus, plusieurs d'entre eux du moins. Ainsi, nous nous honorons de la sympathie de M. Alquié, et nous savons le prix de ses affirmations. Mais les succès obtenus s'expliqueraient parfaitement, si le médicament en question, au lieu d'être une écorce, n'était qu'un extrait composé de principes astringens et toniques.

Ténotomie.

La ténotomie est, sans aucun doute, une des plus grandes conquêtes de la chirurgie. Il est beau de voir se rétrécir, chaque jour, sous la puissance de l'art, le cercle des infirmités humaines. Mais la ténotomie a subi le sort de tous les

moyens nouveaux et efficaces : on a exagéré ses indications. Il y avait deux raisons pour qu'il en fût ainsi : la première est que, tout naturellement, on est porté à appliquer le plus souvent possible un moyen qui réussit; la seconde est que plus on étend les applications d'une théorie, plus on tend à se l'approprier. Maintenant on revient sur ce qui a été dit et sur ce qui a été fait. Après le mouvement en avant il y a toujours, dans ces sortes de cas, le mouvement rétrograde. Au-dessus des hommes qui s'agitent, il y a les hommes qui jugent. Du reste, bien avant ce moment, et dès les premiers pas hasardeux, les esprits sages avaient formulé leurs réserves.

Ces réflexions nous sont inspirées par la lecture récemment faite à l'académie d'un mémoire de M. Bouvier sur *l'inopportunité de la section des muscles du dos dans les déviations latérales de l'épine.* Nous ne pouvons, d'après une simple lecture, analyser ce travail. Nous nous bornerons à en faire connaître l'esprit et les conclusions, par l'extrait suivant :

« On a proposé, dit M. Bouvier, d'abord en Allemagne (1), puis en France, de traiter les courbures latérales de l'épine par la section des muscles, comme les pieds-bots, les contractures des membres, du cou, etc. Déjà je me suis élevé une première fois contre cette proposition ; j'ai démontré par l'anatomie pathologique que la résistance des os, dans le plus grand nombre des courbures latérales de l'épine, ne dépend point des muscles, comme dans le pied-bot, le torticolis, les contractures des membres ; que la section des muscles du dos sur les cadavres d'individus atteints de ces

(1) *Voy.* Pauli *Ueber*, etc., ou *De la cataracte et des courbures*, Stuttgard, 1838, p. 377.

courbures ne diminue en rien cette résistance, qui réside tout entière dans les vertèbres et leurs ligamens (1). »

Les tentatives faites depuis pour réaliser cette application de la ténotomie n'ont pas été heureuses, d'après les documens recueillis par M. Bouvier, qui en formule les résultats de la manière suivante.

« 1° La section des muscles sacro-lombaire, long dorsal, transversaire épineux, etc., n'est immédiatement suivie d'aucune diminution des courbures dans les déviations de l'épine avec torsion, gibbosité, etc.

« 2° Les changemens que ces courbures subissent pendant le traitement mécanique consécutif sont exactement identiques aux changemens produits par le seul emploi de ce traitement, lorsqu'il n'est point précédé de la section des muscles.

« 3° L'espace de temps nécessaire pour obtenir ces changemens est le même, soit qu'on ait recours aux seuls moyens orthopédiques, soit qu'on pratique en outre la section des muscles.

« 4° En un mot, la ténotomie dorso-lombaire n'exerce aucune espèce d'influence sur le redressement des déviations latérales de l'épine proprement dites. »

Le mémoire de M. Bouvier se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine ne reconnaissent point pour cause la contracture musculaire.

« 2° Les faits étiologiques conduisent, de même que l'anatomie pathologique et l'expérimentation clinique, à proscrire

(1) *Bulletin de l'Acad. royale de Méd.*, Paris, 1839, tome IV, page 59.

la section des muscles du dos dans le traitement de ces déviations.

Plaies d'armes à feu.

La possibilité de la division des balles lorsqu'elles rencontrent un os, est un fait depuis long-temps démontré. M. Félix Legros a écrit récemment (*Gaz. des Hôp.* du 25 fév. 1841) quelques mots sur ce point, et a rapporté trois observations nouvelles dont l'une, par son étrangeté, mérite d'être connue.

Il s'agit d'un homme et d'une femme qui, le 28 du mois de juillet 1830, tandis que l'on se battait sur la place de l'Hôtel-de-Ville, se livraient, dans une chambre, au cinquième étage, à l'acte reproducteur. Une balle, partie de l'Hôtel-de-Ville, arriva et frappa l'homme par derrière; elle se divisa sur le bord de l'omoplate; une de ses moitiés resta dans le corps de l'homme; l'autre traversa ce dernier, atteignit la femme et se perdit dans le sein qui était très volumineux. On fit l'extraction du corps étranger, et la femme guérit promptement.

Un autre point, fort important, a été légèrement effleuré par M. Félix Legros; nous voulons parler du diamètre relatif de l'ouverture d'entrée et de l'ouverture de sortie de la balle. On a pensé long-temps que la première de ces ouvertures était toujours plus étroite que l'autre. M. Blandin professe une opinion entièrement opposée. Selon nous, ce n'est point là une question à traiter en style de feuilleton. Il faut de nouveaux faits et de nouvelles expériences pour la résoudre. Notre opinion, qui est aussi celle que M. H. Larrey exprimait dernièrement, dans une belle leçon sur les plaies d'armes à feu, au Val-de-Grâce, est que, géné-

ralement, l'ouverture d'entrée est la plus étroite, mais qu'il y a des cas assez nombreux dans lesquels le contraire a lieu. Restent à déterminer, d'une manière précise, les conditions dans lesquelles ce dernier résultat s'observe.

Luxations congénitales du fémur.

M. Bouvier a présenté à l'Académie de médecine, deux pièces pathologiques de luxations congénitales du fémur, semblables à celles que M. Sédillot a décrites dans un remarquable mémoire envoyé à l'Académie des sciences en 1835, mémoire qui nous a déjà servi dans l'une de nos leçons du dernier concours d'agrégation (1837), et dont nous nous aiderons pour compléter la communication de M. Bouvier.

Dans le premier cas, rencontré sur une femme de 76 ans, qui devait avoir eu la cuisse luxée à l'âge de cinq mois, par suite de convulsions, la tête du fémur était reçue dans une cavité superficielle creusée au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde qui était réduite à de très petites dimensions. La capsule embrassait dans ses insertions supérieures l'ancienne cavité et la nouvelle; elle s'appliquait fortement autour du fémur dont elle bornait les mouvemens, et elle ne permettait pas de le ramener vis-à-vis de la cavité cotyloïde, comme dans un cas déjà montré à l'Académie par M. Bouvier.

La seconde pièce, provenant d'une femme de cinquante-trois ans, morte, comme la précédente, à l'hospice de la Salpétrière, offrait une luxation double dont les caractères étaient notablement différens des deux côtés. Il n'existait pas de contact entre la tête du fémur et l'os des îles, qui étaient seulement attachés l'un à l'autre par la capsule et par les

muscles. La tête fémorale, entièrement coiffée par la capsule, se trouvait à quelques lignes seulement au-devant de l'échancrure sciatique et avoisinait le nerf de ce nom. Cette tête reposait sur un coussinet cellulo-fibreux, qui revêtait en cet endroit la face externe de l'ilium, et qu'une sorte de membrane synoviale lâche unissait au ligament capsulaire. Celui-ci embrassait étroitement le col du fémur, d'où il se prolongeait jusqu'à la cavité cotyloïde, autour de laquelle il s'insérait, formant ainsi un fort lien qui, avec la capsule du côté opposé, suspendait le bassin entre les fémurs. Le ligament rond était allongé, aplati et en partie confondu avec la capsule. La tête du fémur avait presque son volume normal; la cavité cotyloïde, de forme triangulaire, était à l'état de vestige. Plusieurs muscles avaient subi des changemens importans. Le petit fessier, soulevé, distendu, enveloppait toute la partie supérieure de la capsule; ses fibres étaient pâles, atrophiées; son aponévrose, mieux conservée, semblait le constituer en entier. Les jumeaux et les obturateurs, entraînés en haut par le fémur, affectaient une direction oblique approchant de la verticale. Par la même raison les psoas et iliaque, au lieu de descendre verticalement, avaient pris une direction horizontale. Aucun muscle n'était rétracté de manière à gêner les mouvemens du membre.

L'extension de la cuisse sur le bassin était très bornée, la flexion fort étendue ainsi que l'adduction; l'abduction était à-peu-près nulle. Les mouvemens de rotation différaient peu de l'état normal. La tête du fémur, coiffée de la capsule, éprouvait, dans ces derniers mouvemens, des déplacemens assez étendus à la surface de l'ilium; elle descendait, dans la flexion, et se rapprochait de l'ischion. Elle remontait dans

l'extension ; elle tendait, en outre, à s'écarter de l'ilium dans la flexion et dans l'adduction.

Les efforts par lesquels on cherchait à ramener le fémur dans sa situation normale, fournissaient les résultats suivans :

1° Le fémur étant placé dans l'extension et parallèlement à l'axe du corps, n'obéissait à aucun effort de traction ou de répulsion exercé dans le sens de sa longueur.

2° En combinant l'adduction et la flexion du membre, on pouvait abaisser la tête d'environ un pouce, mais elle entraînait avec elle la capsule, qui se repliait sur elle-même, de manière que la tête du fémur venait s'arcbouter contre sa partie inférieure, et ne pouvait aller au-delà.

3° Aucune manœuvre ne parvenait à dégager la tête de la capsule, qui étranglait, en quelque sorte le fémur, par une espèce de collet répondant à la partie la plus mince de son col.

Nous ajouterons quelques réflexions à ces remarques qui ont été déjà exposées, pour la plupart, avec un grand soin, par M. Sédillot. Ce chirurgien a particulièrement montré quelles étaient les véritables difficultés de la réduction des luxations coxo-fémorales congénitales, et nous a mis à même d'aborder la question de la ténotomie appliquée au traitement de ces déplacemens.

Le ligament capsulaire, dit-il, est revenu sur lui-même, et rétréci au-dessous du col fémoral, dans le point où celui-ci repose sur le bord supérieur externe de la cavité cotyloïde ; il est devenu trop étroit pour laisser passer la tête du fémur, qui ne saurait ainsi être reportée dans sa cavité, et se trouve d'ailleurs arrêtée par le trousseau ligamenteux provenant de l'épine iliaque antérieure et inférieure, dont le raccourcis-

sement constitue un obstacle à-peu-près insurmontable à la réduction.

Sur quelles parties devrait donc porter la ténotomie? est-ce sur les muscles? Mais, en général, ils ne paraissent pas avoir subi un raccourcissement permanent et sont peu altérés dans leur structure, à l'exception du muscle petit fessier souvent confondu avec le ligament capsulaire. Ce sont donc les résistances ligamenteuses qu'il faudrait vaincre? Mais comment les atteindre et les faire disparaître.

Si l'on porte le ténotome sur les trousseaux ligamenteux qui naissent de l'épine iliaque antérieure et inférieure, et qu'on parvienne, ce qui n'est pas au-dessus des ressources de l'art, à les inciser, on abaissera plus facilement sans doute la tête du fémur, mais on n'obtiendra pas la réduction, parce que la capsule elle-même n'aura pas été coupée et que, formant un sac moulé sur l'extrémité fémorale, elle continuera à envelopper cette dernière et fera obstacle à son retour vers la cavité cotyloïde.

Si le ligament capsulaire était fendu depuis le sommet de la tête du fémur jusqu'à ses insertions au-dessous du col de cet os, la réduction serait facile sans doute, parce qu'il ne faudrait plus dilater l'espèce de gaine formée par la capsule ligamenteuse; seulement, on aurait encore à vaincre le raccourcissement du tissu fibreux étendu du col fémoral au pourtour de la cavité cotyloïde, car il ne serait pas possible de diviser la totalité du ligament.

Nous croyons donc que la ténotomie pourrait être appliquée, d'après ces vues, au traitement des luxations congénitales, comme moyen auxiliaire des appareils orthopédiques, dont elle pourrait favoriser les effets.

Nous n'avons toutefois considéré que l'état le plus ordi-

naire des luxations congénitales, celui où les ligamens capsulaires sont restés intacts autour de la tête des fémurs. Mais il arrive quelquefois, comme M. Sédillot l'a établi par une série de pièces pathologiques, que ce ligament contracte des adhérences avec la paroi de l'os iliaque, contre laquelle il est continuellement porté; une nouvelle articulation se produit et revêt les formes de la luxation traumatique, alors les conditions de la réductibilité sont complètement modifiées. Si les parties molles intermédiaires au fémur et à l'ilium ne se sont pas résorbées, la tête fémorale ne fait entendre dans les mouvemens qu'on lui imprime, qu'une crépitation obscure, due à un frottement fibreux ou fibro-cartilagineux, tandis que, dans le cas où les os sont directement en contact, ils s'éburnent, se moulent l'un sur l'autre, se déforment de manière à rendre toute réduction impossible, et la crépitation osseuse est l'indice irrécusable de ces phénomènes.. Ce sont là des moyens de pronostic auxquels M. Sédillot, qui les a signalés le premier, accorde une grande importance, car ils sont pour lui des signes certains de la possibilité ou de l'impossibilité de la réduction.

On voit donc qu'une fausse articulation n'est pas un obstacle insurmontable à la guérison, et le professeur du Val-de-Grâce en a cité un exemple concluant, recueilli sur le cadavre d'une jeune femme, dont la luxation était réductible.

Dans le brillant concours de médecine opératoire, qui se poursuit à l'école de médecine, M. Malgaigne a soutenu, dans son argumentation contre M. Sanson, qu'un signe différentiel, certain et pathognomonique existait entre les luxations congénitales et les luxations traumatiques, et qu'il consistait dans la production d'un ligament capsulaire et d'une membrane synoviale unique, enveloppant sans inter-

ruption l'ancienne cavité cotyloïde et la nouvelle articulation formée à la suite des luxations. Cette assertion est contredite par la plupart des faits rapportés par M. Sédillot et par un de ceux de la précédente communication de M. Bouvier. L'établissement d'une capsule unique, pour l'ancienne et la nouvelle cavités articulaires, est un phénomène, qui peut être commun à toutes les luxations coxo-fémorales, qu'elles soient congénitales traumatiques ou coxalgiques.

M. Bouvier, comme nous l'avons vu, a signalé les changemens de direction subis par quelques-uns des muscles du bassin. Ces changemens sont importans, car ils se lient, selon M. Sedillot, à des modifications constantes dans les formes de la cavité pelvienne, qui n'avaient pas été constatées avant cet observateur. Dupuytren, dans son mémoire sur les luxations congénitales, avait même avancé que le bassin n'était pas déformé. M. Sedillot a démontré le contraire, et est arrivé aux conclusions suivantes : dans les luxations iliaques doubles, le détroit abdominal est devenu cordiforme, disposition considérée par tous les accoucheurs comme le résultat de l'aplatissement latéral du bassin. Le diamètre antéro-postérieur est légèrement augmenté aux dépens du diamètre iliaque, qui peut être diminué de près de deux pouces et au-delà, dans les points pressés par la tête des fémurs, cause de cette remarquable modification.

Le détroit inférieur ou périnéal offre des dispositions inverses. Le diamètre transversal est beaucoup plus grand que le coccy-pubien qui est rétréci, et l'échancrure sous-pubienne est très élargie. Ces changemens dépendent de la traction des muscles jumeaux, quarré, obturateurs, externe et interne, et de la partie interne de la capsule articulaire sur

l'ischion et les branches de l'arcade pubienne, qui se trouvent fortement tirés en haut et en dehors, et tendent à leur tour les petit et grand ligamens sacro-sciatiques, d'où la courbure plus prononcée des dernières pièces du sacrum et du coccyx.

La hauteur totale du bassin est diminuée.

Lorsque les luxations n'ont lieu que d'un seul côté, les altérations sont semblables aux précédentes, mais bornées à l'os iliaque correspondant; ainsi cet os a moins de hauteur; il est plus rapproché, dans sa partie moyenne, de l'axe du corps; la crête iliaque présente une courbure plus prononcée, le trou ovalaire a un moindre diamètre vertical, etc.

Il est également remarquable de voir M. Sédillot confirmer une observation déjà faite par Hippocrate sur l'atrophie des os du membre inférieur. Ainsi, l'atrophie du fémur s'opère selon la longueur et selon la circonférence de l'os, et est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage du point luxé.

Sans vouloir, au reste, rappeler toutes les importantes considérations auxquelles s'est livré M. Sedillot sur les luxations coxo-fémorales, nous terminerons en signalant un rapport bien curieux *au sujet de la réductibilité* observée par ce chirurgien, entre l'atrophie de la tête du fémur et celle de la cavité cotyloide. Sur un grand nombre de pièces, cette atrophie était tellement proportionnelle que la réduction a été encore possible après plusieurs dizaines d'années.

Bégaiement.

On trouvera à l'article *Variétés*, un certain nombre de détails sur l'opération du bégaiement. Nous ne voulons ici que signaler le fait suivant :

M. Amussat a coupé les génioglosses sur un sous-officier vétéran de la compagnie du Luxembourg; ce militaire a éprouvé un gonflement inflammatoire très considérable qui a nécessité un application de sangsues, et un traitement de plusieurs jours. Il est guéri maintenant. Les résultats, quant au bégaiement, sont nuls.

Cet homme, que nous avons interrogé soigneusement, et fait parler à plusieurs reprises, nous disait n'avoir éprouvé aucune espèce de modification dans sa manière de parler et semblait fort mécontent de s'être fait opérer. Ses camarades disent, comme lui, qu'il bégaie autant qu'avant l'opération. Nous donnons ce fait, sans arrière-pensée, parce qu'il faut que tous les faits soient connus. Et d'ailleurs nous sommes loin de dire qu'il démontre que l'opération ne doit pas réussir. Il ne faut sans doute accuser que le procédé, ou la manière dont il a été pratiqué. Il est problable que les muscles génio-glosses ont été divisés incomplètement.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Anévrysme de l'artère innominée. — Ligature de l'artère carotide et sous-clavière, par M. Wickam, chirurgien de l'hôpital du comté de Winchester. (*Medico-chirurgical Transactions*. vol. XXIII. p. 405).

Richard Colt, âgé de 55 ans, grand, maigre, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital de Winchester, le 17 septembre 1839. Cet homme, ancien marin, habita pendant neuf années les tropiques, et eut, pendant ce temps, une vie assez déréglée; il jouissait cependant d'une bonne santé. De retour dans son pays, il se maria et habita Lymington pendant les quatre années qui précédèrent son entrée à l'hôpital.

Ce malade rapporte qu'il y a six mois, il observa une grosseur du volume d'unr noisette, au-dessus de la clavicule, vers le milieu de cet os; cette tumeur était sans pulsations ni douleur, et disparut au bout de huit jours. Quatre semaines environ avant son entrée à l'hôpital, il remarqua une autre grosseur du volume de la première, et située au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule; cette seconde tumeur devint bientôt douloureuse; les douleurs dont elle était le siège augmentaient surtout pendant que le malade était couché; les pulsations devenaient alors évidentes; la tumeur augmenta, et à mesure, la respiration devint plus difficile. Au bout d'un mois, le malade consulta M. Adams, chirurgien à Lymington, qui reconnut un anévrysme, et donna à cet homme le conseil d'entrer à l'hôpital.

La tumeur avait à l'extérieur le volume d'un œuf de poule, et se prolongeait sur la carotide, à-peu-près jusqu'au point où cette artère est croisée par le muscle omo-hyoïdien. Elle s'étendait aussi du côté de la clavicule, et offrait tous les caractères d'un anévrysme ayant pour siège le tronc innominé. La santé du malade, à part un trouble général causé par la difficulté de la respiration, était bonne.

M. Astley Cooper, qui se trouvait alors à Winchester, examina le malado (2 septembre), confirma le diagnostic porté, et conseilla d'avoir recours à la ligature de la carotide et de l'artère sous-clavière.

Le conseil donné par M. Astley Cooper reçut un commencement d'exécution; et, le 25 septembre, on lia la carotide au-dessus du muscle omo-

hyoïdien, qui était un peu repoussé en haut par le développement de la tumeur : cette opération fut exécutée sans difficulté. La circulation, arrêtée dans cette artère, ne modifia d'aucune façon la circulation cérébrale ; le sac anévrysmal diminua d'une manière manifeste. Les pulsations persistaient, mais elles étaient moindres ; la trachée-artère étant beaucoup moins pressée par l'anévrysme, la toux et la dyspnée occasionées par cette pression diminuèrent aussi ; le malade se trouva très soulagé.

26 *septembre*. Le sujet a bien reposé ; depuis plusieurs semaines il n'avait eu une nuit aussi calme ; le pouls est modéré, régulier. On prescrit un peu de castoréum ; le malade a eu quelques selles. On lui ordonne la potion suivante :

Teinture de digitale.	dix gouttes.	Toutes les heures.
Sirop de pavot . . .	un gros.	
Mixt. de camphre .	un gros.	

On applique sur la tumeur une vessie pleine de glace.

27. Nuit bonne ; le malade se plaint de maux de tête. On supprime le sirop diacode et on continue l'emploi de la glace.

29. Le malade se trouve mieux. On continue la glace sur la tumeur et l'emploi de la digitale deux fois par jour. La ligature tombe le quinzième jour de l'opération.

Le malade commence à se promener. Au bout de quelque temps, malgré les conseils qu'on lui donne, il quitte l'hôpital, donnant pour prétexte de sa sortie des affaires pressantes, et promet de revenir dix jours après.

Le malade se confia de nouveau à M. Adams, qui observa avec soin la marche de la tumeur et chercha à le persuader de rentrer à l'hôpital afin de subir une seconde opération, la ligature de l'artère sous-clavière. Tout ce que ce chirurgien put lui dire fut inutile. A la fin, cependant, menacé par les progrès de la maladie, il retourna à l'hôpital, le 29 novembre, deux mois après la première opération. A ce moment, la difficulté de respirer était très grande, la toux fréquente, la déglutition difficile ; la tumeur avait doublé de volume.

2 *décembre*. Tous les chirurgiens de l'hôpital, réunis en consultation, furent d'avis que l'opération devait être pratiquée.

Le 3, le malade a passé une très mauvaise nuit ; la difficulté de respirer continue. Au moment où on l'amène à l'amphithéâtre, il a la face livide ; son pouls est très faible, et on craint qu'il n'expire pendant l'opération.

Cependant, celle-ci étant l'unique ressource que l'on pût employer ; comme, en outre, on espérait que la tumeur diminuerait, ainsi qu'on l'avait remarqué à la suite de la première opération, on se décida à opérer.

Le malade fut couché, la tête et les épaules tournées vers la lumière, afin que la région sur laquelle on devait agir fût bien éclairée; la peau fut tirée un peu en bas, et une incision pratiquée au-dessus de la clavicule. Cette incision commençait à l'acromion et s'étendait le long de la clavicule, jusqu'à la tumeur, qui occupait près d'un tiers de cette région ; elle fut continuée un peu supérieurement, en dehors de la veine jugulaire externe, qui était distendue. La peau et le muscle peaucier ayant été divisés, le *fascia cervicalis* fut déchiré à l'aide de la sonde; on écarta ensuite le tissu cellulaire, afin de mettre l'artère à découvert, à son passage sur la première côte; la clavicule et la tumeur rendaient l'artère si profonde que ce moment de l'opération fut assez difficile; un des nerfs cervicaux, soulevé par les pulsations de l'artère, fut d'abord pris pour ce vaisseau, erreur qui fut immédiatement reconnue; on éloigna le nerf, et l'artère fut mise à découvert; on passa un fil au-dessous d'elle, à l'aide de l'aiguille à anévrysme de Weiss, et on serra la ligature; le pouls cessa de battre au poignet. Le malade fut pansé et couché.

Le soulagement fut tel, à la suite de cette opération, que le malade put se rendre dans la salle. Dès ce moment, il n'éprouva plus la dyspnée causée par la pression de l'anévrisme sur la trachée.

Le lendemain de l'opération, le malade se trouve mieux; la tumeur a diminué de volume, et ses battemens sont moins forts; pas de pulsations dans l'artère radiale; la température du bras du côté malade est supérieure à celle du bras, du côté opposé; on emploie le même traitement qu'après la première opération. Jusqu'au soir du samedi 7 décembre il n'était arrivé rien d'extraordinaire; mais à cette époque, le malade est pris de délire; il marmotte; la tumeur augmente de volume; le cœur et la carotide gauche sont le siège de pulsations très fortes, qui ébranlent la tête du malade sur son oreiller: saignée de 10 onces; 30 gouttes de laudanum. Les symptômes diminuent dans la nuit, et l'amélioration se continue. Toutefois, le volume de la tumeur augmente; la santé du malade est plus satisfaisante; à part la douleur causée par la pression de la tumeur sur les nerfs, les souffrances sont de beaucoup diminuées.

Le 23 déc. l'opéré se trouve mal subitement; il conserve assez de force cependant pour demander sa sortie.

La ligature tombe le 25; la plaie de l'opération se cicatrise rapidement le malade s'assied dans son lit et fume sa pipe; il persiste à vouloir quitter l'hôpital. Le 5 février, il retourne à Lymington.

Le 15 du même mois, M. Adams est appelé auprès de lui, pour une hémorrhagie qui a lieu dans la soirée, et que l'on arrête à l'aide de compresses; elle se renouvelle dans la matinée du 16, et le malade meurt.

A l'examen du cadavre, on trouve le cœur gros et chargé de graisse; l'artère pulmonaire a presque le double de son volume; l'aorte est très dilatée à son origine et dans tout son trajet thoracique; ses parois offrent des incrustations calcaires; la veine cave supérieure est très volumineuse.

L'anévrysme a son siège dans le tronc innominé, au-dessous de sa division en carotide et sous-clavière. Le siège et l'étendue de la tumeur sont tels que, si on avait jeté une ligature entre l'anévrisme et le cœur, il n'y aurait pas eu l'espace nécessaire pour la formation d'un caillot.

Le sternum est un peu érodé à sa partie supérieure, par suite de la pression de la tumeur; la clavicule a été résorbée en partie, et son articulation avec le sternum détruite.

L'artère sous-clavière droite est oblitérée depuis la clavicule jusqu'à la première côte.

La carotide droite est oblitérée jusqu'au passage du muscle omo-hyoïdien; le sac anévrysmal s'étend du tronc innominé au cartilage thyroïde; il s'est rompu à gauche, quoiqu'il fût beaucoup plus saillant à droite.

L'observation que l'on vient de lire est incomplète, et offre, sous ce rapport, le défaut commun à la plupart de celles qui nous viennent de la Grande-Bretagne. On dirait que les chirurgiens anglais, sauf quelques exceptions, quand ils publient les faits de leur pratique, ne les rapportent que pour les personnes qui, les ayant observés elles-mêmes, n'ont besoin que d'une courte note pour se les rappeler. Ceux d'entre nous qui ont eu besoin, pour faire un travail, de recourir à des observations recueillies en Angleterre, savent combien il est difficile de les utiliser, et combien elles laissent à désirer; les meilleurs ouvrages d'Angleterre, les plus répandus et les plus estimés, n'échappent pas à ce reproche

capital. Par exemple, ne voyons-nous pas, dans les œuvres de sir A Cooper, une foule d'observations écourtées, tout-à-fait incapables de servir à l'élucidation ou à la confirmation d'un point quelconque de chirurgie.

Nous n'avons, certes, aucune mauvaise intention, et nous reconnaissons volontiers que l'Angleterre a une grande part et une part constante aux progrès de notre art, mais nous disons que les chirurgiens anglais auraient besoin, généralement, de mettre un peu plus de soin dans la relation de leurs faits cliniques.

Revenons à l'observation de M. Wickam. On y voit que la plaie de l'opération était depuis quelque temps cicatrisée, lorsqu'une hémorrhagie survint. Cette hémorrhagie, nous dit-on, fut arrêtée par des compresses. Le lendemain matin, elle se reproduisit et fit mourir le sujet. Par où et comment cette hémorrhagie avait-elle eu lieu? La plaie de l'opération s'était-elle ouverte, ou les tégumens s'étaient-ils ulcérés à la manière ordinaire? —Une potion fut administrée à la suite de la première opération, et voici la formule de M. Wickam :

Teint. de dig.	10 gouttes
Sirop de pavot	1 gros.
Mixt. de camphre	1 gros.

Mais d'abord est-ce là une potion? Quel était le véhicule, car il devait y en avoir un, et en quelle quantité se trouvait-il? Il est dit que la potion était prise toutes les heures. Était-ce une cuillerée de la potion, ou la potion entière que l'on donnait toutes les heures? Si on l'administrait par cuillerée, chacun trouvera que c'était là un médicament bien innocent. Si, au contraire, c'était un gros de sirop diacode que l'on donnait par heure, comme il y a vingt-quatre heures dans un jour, cela faisait vingt-quatre gros, ou quatre onces

Il s'agit d'une femme opérée avec succès, par M. Colson, d'un anévrysme de l'artère carotide, au moyen de la méthode de Brasdor. Quoiqu'il s'agisse ici, non plus d'un anévrysme brachio-céphalique, comme dans le fait de M. Wickam, mais d'un anévrysme de l'artère carotide, on comprend que, relativement à la méthode employée, la valeur de l'observation est la même.

Voici l'observation, telle que nous l'extrayons du rapport même de M. Larrey. (*Bull. de l'Acad. Roy. de Méd.* 15 oct. 1840).

« Une femme de soixante-trois ans, nommée Françoise Rendu, en est le sujet. A sa première visite, M. Colson découvrit à la région latérale gauche du cou une tumeur ovoïde faisant une saillie au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire d'environ six centimètres, prenant origine profondément derrière le sternum et s'étendant supérieurement assez haut, entre le muscle sterno-mastoïdien et la trachée artère. Cette tumeur donnait des battemens très forts, isochrones au pouls, ce qui ne laissait plus aucun doute sur le vrai caractère de la maladie.

« Cependant M. Colson était incertain de savoir si cet anévrisme avait son siège dans la crosse de l'aorte à l'origine de l'artère sous-clavière, ou dans la carotide primitive ; mais un peu de réflexion aurait suffi pour fixer son opinion sur le siège positif du mal.

« La situation respective de l'aorte, la forme elliptique de la tumeur, la direction verticale dans le cou et ses rapports avec les autres parties molles, pouvaient déterminer d'une manière positive où était cet anévrisme, lequel, au dire de la malade, avait pris naissance, depuis plusieurs années, à la suite d'une forte compression exercée par les mains d'un

homme robuste qui, dans un moment de colère, l'avait saisie par le cou comme pour l'étrangler (ce sont les propres expressions de l'auteur); et depuis cette époque la tumeur s'était développée graduellement, de manière à faire une forte saillie sous les tégumens et à gêner la déglutition et les fonctions respiratoires. Il n'était pas impossible, en effet, que cette strangulation eût été suivie d'une déchirure dans les feuillets fibro-celluleux qui enveloppent l'artère carotide depuis son origine à l'aorte jusqu'à sa bifurcation, et cette dénudation a dû nécessairement favoriser la dilatation graduelle et anormale des tuniques de cette artère; mais le médecin, voyant la malade en danger, résolut de pratiquer la ligature de l'artère *anévrismée* à la méthode de Brasdor, c'est-à-dire entre la tumeur et les capillaires, ne voyant pas la possibilité de la pratiquer au dessus dans la cavité thoracique.

« Avant de faire cette opération délicate et difficile, M. Colson voulut sagement s'éclairer des lumières de plusieurs de ses confrères qui l'assistèrent.

« Nous ne décrirons point le procédé opératoire qu'il a suivi, lequel nous a paru d'ailleurs très méthodique; nous dirons seulement, que la réunion immédiate des bords de la plaie, faite à l'aide d'une suture entortillée, nous a paru non-seulement inutile, mais nuisible au succès de l'opération. En effet, l'agglutination trop exacte des lèvres de cette incision détermina une accumulation considérable de fluides sous les tégumens du cou, qu'on attribua d'abord à la présence d'un abcès. Cependant, M. Colson coupa les anses de fil de cette suture; la plaie se détergea et la tumeur anévrysmale parut se réduire de volume, les battemens diminuèrent sensiblement d'intensité, et la malade se trouvait très soulagée, lorsqu'elle fut saisie tout-à-coup d'une ophthalmie in-

tense, suivie d'un chémosis considérable, qu'il a fallu inciser. A cette altération particulière de la conjonctive succéda immédiatement un petit abcès, sans doute sympathique, développé à la partie supérieure de l'œil, dans l'épaisseur de la sclérotique. Cet abcès s'est ouvert spontanément et refermé de même. Un deuxième abcès s'étant formé plus profondément sous la conjonctive, fut ouvert avec la lancette et se termina par une cicatrisation assez prompte; mais le cristallin perdit sa transparence, et la vue de ce côté fut entièrement éteinte.

« Quelques hémorrhagies légères s'étaient manifestées à différentes époques dans la plaie, auxquelles on rémédiait par la levée de l'appareil et le contact de l'air extérieur, alors glacial (c'était au mois de janvier). Enfin, parvenu au soixante-quinzième jour, la plaie fut complètement cicatrisée, et, d'après M. Colson, la malade était considérée comme dans un état de guérison, qu'il reconnaissait par la réduction de la tumeur anévrysmale, la diminution des battemens, et parce qu'elle ne gênait plus la déglutition et les fonctions respiratoires. »

Il y a là une remarque de M. Larrey, relative à l'incertitude que M. Colson a éprouvée dans le diagnostic, et à laquelle nous ne pouvons souscrire. Nous ne croyons pas qu'il suffise *d'un peu de réflexion* pour distinguer un anévrysme de l'origine de la carotide d'une tumeur semblable de l'origine de la sous-clavière ou du tronc brachio-céphalique. Il y a des cas que l'on trouvera dans les lettres de Morgagni, et dans la thèse de M. Villardebo, par exemple, dans lesquelles il aurait été impossible au chirurgien le plus expérimenté, à M. le baron Larrey lui-même, de se prononcer avec toute certitude.

C'est à la suite de cette observation, et au sujet des réflexions de M. Colson sur les avantages et les inconvéniens de la méthode de Brasdor, que M. Larrey s'est prononcé formellement contre l'opération par cette méthode. « Les huit dixièmes des individus qui l'ont subie, à commencer par celui de Desault, dit le célèbre rapporteur, ont péri plus ou moins promptement après l'application de la ligature ; le petit nombre de sujets qui a échappé aux premiers effets de cette ligature, n'a obtenu qu'une guérison qu'on peut appeler incomplète comme la cure dont nous a parlé le chirurgien de Noyon, puisque la tumeur existe toujours, sans doute avec une grande diminution des autres symptômes, mais ils peuvent se développer de nouveau par les plus légères causes déterminantes. » Nous verrons tout-à-l'heure jusqu'à quel point on peut regarder une tumeur anévrysmale comme n'étant qu'incomplètement guérie, par cela seul qu'elle persiste sous un volume beaucoup moindre, et, pour ainsi dire, à l'état de noyau fibrineux.

Voici maintenant, d'après M. Larrey, quels sont les principaux inconvéniens de la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur anévrysmale, entre elle, c'est-à-dire, et les capillaires : « 1° Indépendamment de la rupture des parois du kyste sanguin, le reflux du sang qui se fait avec force vers le cœur et avec d'autant plus de facilité, que cette artère s'abouche immédiatement dans la crosse de l'aorte où ce fluide n'éprouve aucune résistance pour y entrer, en sorte qu'il se précipitera tout-à-coup dans le ventricule gauche, et son accumulation dans cette cavité s'oppose aussitôt à l'entrée de celui qui y est versé par l'oreillette du même côté fourni par les veines pulmonaires ; celui-ci doit alors nécessairement être refoulé dans ces veines, et de là dans les pou-

mons, et il y rentrera d'autant plus facilement qu'elles sont dépourvues de valvules. Une congestion pulmonaire a lieu, et le sujet peut périr presque instantanément d'apoplexie, ainsi que l'a démontré notre confrère, M. Jobert, par un grand nombre d'expériences. »

« J'avais déjà reconnu ce phénomène (le reflux du sang artériel), lorsque, en 1793, étant à l'armée du Rhin, je traitai la question relative à l'opportunité de l'amputation des membres à la suite des coups de feu. (Voy. ma thèse inaug., ou l'histoire de mes campagnes, t. II.) »

Nous croyons, en effet, que c'est là un phénomène à prendre en considération lorsqu'on opère sur une artère aussi voisine du cœur que la carotide. Aussi devrait-on avoir soin, dans les cas de ce genre, de diminuer la masse du sang par quelques saignées, avant de pratiquer l'opération. Il ne faudrait pas cependant s'exagérer ce danger, et on devra penser que, l'artère carotide liée, l'artère sous-clavière reste ouverte au cours du sang. Ajoutons à cela que généralement les collatérales sont très développées au voisinage d'un anévrysme, à cause de la difficulté que le sang trouvait à passer dans l'artère anévrysmatique : ce qui est encore, soit dit en passant, une raison pour que, si on se décide à appliquer la méthode de Brasdor, dans un cas d'anévrysme brachio-céphalique, on se borne à lier le tronc carotidien. Puisqu'en effet, on laisserait entre la ligature et le cœur des branches probablement dilatées, à quoi servirait-il de tenter la ligature de la sous-clavière ? Et remarquons bien, pour terminer sur ce point, que dans tous les cas et de quelque manière qu'il s'y prenne, le chirurgien qui lie la sous-clavière, ne peut faire autrement que de laisser en dedans du lien, les artères mammaire, vertébrale, etc.,

déjà indiquées, ces vaisseaux naissant du tronc sous-clavier en dedans des scalènes ; à moins toutefois que la ligature ne soit portée sur le court espace qui se trouve entre le scalène et le tronc brachio-céphalique, à droite, entre ce muscle et l'aorte, à gauche, cas dans lequel l'opérateur manœuvre au milieu de ces branches elles-mêmes, ce qui est la plus énorme difficulté qu'un homme armé d'un bistouri puisse affronter.

Le second inconvénient principal que M. Larrey reproche à la méthode de Brasdor, est le suivant : « Dans la ligature de l'artère carotide primitive, indépendamment de ce reflux, on peut altérer les fonctions cérébrales, et on expose le malade à la perte de la vue du même côté où la ligature a été pratiquée, comme cela est arrivé à la femme qui fait le sujet de l'observation de M. A.Colson. » Nous n'avons ici que peu de mots à répondre. La remarque du savant rapporteur n'est pas seulement applicable à la ligature de la carotide selon la méthode de Brasdor ; elle s'applique à la ligature de la carotide, en général. Est-ce donc à dire qu'il faudrait renoncer à cette ligature, renoncer à une opération qui réunit déjà un si grand nombre de succès, et qui a arraché tant de victimes à une mort presque assurée ? D'ailleurs, il ne nous semble pas juste de dire que la perte de l'œil, dans le cas dont il s'agit, ait été le résultat de la ligature. Il y a eu là une violente conjonctivite, une inflammation ordinaire dont la cause n'a pas été saisie, comme cela arrive si souvent. Mais on n'est nullement fondé à en accuser l'opération.

Quoi qu'il en soit, c'est au nom de ces remarques que M. Larrey proscrit la méthode de Brasdor, « d'autant plus, dit-il, que l'art possède maintenant d'autres moyens d'une

parfaite innocuité plus doux et plus efficaces dans le traitement des anévrysmes pour lesquels on réservait l'opération pratiquée par Brasdor. » (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. VI, pag. 11.)

Les moyens dont parle M. Larrey sont une combinaison de la saignée avec l'application de la glace et celle de moxas ; moyens de traitement qui ont procuré à l'honorable chef de notre chirurgie militaire un assez grand nombre de succès, Nous pensons, en effet, que leur emploi, sauf à recourir, en cas d'insuffisance, à la méthode de Brasdor, est indiqué toutes les fois que l'anévrysme siège trop près du tronc pour que l'on puisse appliquer un lien au-dessus de la tumeur. S'ils réussissent, on aura évité au malade une opération chanceuse; s'ils ne réussissent pas, celle-ci restera, comme dernière ressource, entre les mains de l'homme de l'art. Il faut tout essayer avant d'en venir à un moyen extrême.

Voici, d'après M. Larrey, comment doit être appliquée la méthode dont il recommande l'emploi : « Nous supposerons d'abord qu'on a eu soin de remédier à la pléthore qui peut exister chez le sujet...; ensuite on pose la glace sur la tumeur anévrysmale contenue dans une vessie préparée à cet effet et qu'on maintient en permanence ou sans interruption; car la moindre suspension de l'emploi de ce sédatif donne le temps aux fluides de se raréfier de nouveau, et facilite la réaction des solides, de manière à produire une expansion nouvelle dans cette poche anévrysmale, laquelle peut être suivie de la rupture de ses parois.

« Si l'on persiste dans l'emploi de ce corps glacé et sans nulle interruption pendant vingt-cinq ou trente jours seulement, on aura à coup sûr déterminé un coagulum fibrineux assez épais dans toute la circonférence du kyste sanguin, pour

qu'on n'ait plus à craindre l'effet de la rupture de ses parois qui se seront elles-mêmes considérablement épaissies. La tumeur anévrysmale étant elle-même parvenue à ce degré de densité ou de condensation, on peut alors avec confiance commencer l'usage du moxa, moyen puissant qui a la propriété d'augmenter l'action et le ressort des tissus organiques affaiblis, et surtout de ceux qui forment les parois du kyste et des parties ambiantes... »

Pour donner une idée des succès obtenus par M. Larrey, au moyen de ce traitement, nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à son rapport l'observation suivante: «Le nommé Fleury, l'un des sous-officiers de la garde-royale (1[er] régiment suisse), était atteint d'une varice anévrysmale traumatique énorme, produite par la veine et l'artère iliaque externe du côté gauche, remplissant toute la région iliaque externe de ce côté, au point que la tumeur faisait une saillie de plusieurs centimètres au devant de l'épine de l'os coxal. L'anévrysme s'étendait intérieurement du point lésé des deux vaisseaux immédiatement au dessus du ligament de Fallope, où la pointe d'un sabre les avait perforés, jusqu'à leur insertion dans l'artère aorte ventrale d'une part et dans la veine cave inférieure de l'autre. La méthode de Brasdor ne nous offrant aucune chance de succès, nous nous décidâmes à faire usage de la glace et successivement du moxa. En effet, après les trois ou quatre premières semaines, nous aperçûmes une diminution sensible dans le volume de la tumeur, dans sa chaleur, dans ses battemens, et nous reconnûmes une augmentation bien apparente dans sa densité.

« D'après tous ces signes de réduction, nous commençames l'application du moxa sans discontinuer l'usage de la glace. Les effets de ce topique révulsif surpassèrent nos

espérances, et nous parvînmes dans l'espace d'une année, à faire disparaître totalement cette tumeur anévrysmale. »

M. Larrey s'étonne qu'après ce succès, connu, dit-il, de plusieurs membres de l'Académie, et publié depuis long-temps, le traitement qui lui a si bien réussi, n'ait pas été employé par M. A. Colson, dans le cas qui fait l'objet de ce débat. Peut-être, en effet, la méthode de Brasdor étant, comme nous l'avons dit, la suprême ressource, c'est-à-dire que, l'opération par cette méthode ne réussissant pas, il ne reste plus de voie de salut, il aurait été convenable de tenter d'abord d'autres moyens : (saignées, réfrigérans, digitale).

Quant à la valeur des moxas, nous nous rappelons qu'elle fut fortement contestée par M. Gerdy, dans la séance consacrée à la discussion du rapport de M. Larrey, et nous avouons qu'il nous est impossible de nous expliquer leur mode d'action. Dans les cas de succès par l'emploi simultané de la glace et du moxa, ne ferait-on pas partager au moxa un honneur qui reviendrait exclusivement au réfrigérant?

En résumé, la méthode thérapeutique de M. Larrey contre les anévrysmes très voisins du tronc, abstraction faite du moxa, à l'égard duquel nous restons dans le doute, nous semble bonne, et, nous le répétons, applicable en premier lieu. Mais nous sommes forcé de nous prononcer en sens contraire de notre illustre maître, lorsqu'il bannit sans réserve la méthode de Brasdor du domaine de la médecine opérante. Que faudrait-il faire si les réfrigérans et les déplétifs n'amenaient aucun résultat favorable? Faudrait-il abandonner le malade à une mort inévitable? La méthode de Brasdor doit donc rester dans la chirurgie, à titre, comme toujours, de méthode exceptionnelle et de dernière ressource.

Il y a un point sur lequel nous avons promis de revenir : c'est celui de la guérison plus ou moins complète de la malade de M. A. Colson. Plusieurs membres de l'Académie ont vu cette personne, et ont trouvé la guérison parfaite. Ce n'est point parce qu'il reste une petite tumeur dure, à peine grosse comme une noix, que l'on peut dire que la guérison est incomplète. Les noyaux pleins et formés de fibrine qui résultent de la guérison des tumeurs anévrysmales persistent quelquefois pendant fort long-temps. Ces tumeurs n'en sont pas moins oblitérées, et la guérison n'en est pas moins certaine.

Puisque nous nous sommes avancé dans cette discussion sur les anévrysmes, peut-être voudra-t-on bien nous permettre de consigner ici une dernière remarque.

Chacun sait que la méthode de Valsalva et d'Albertini a été employée plusieurs fois avec succès dans les anévrysmes internes et dans les anévrysmes qui, tout en étant externes, sont trop rapprochés du tronc pour que l'on puisse appliquer une ligature entre eux et le cœur. On connaît aussi l'objection principale qui a été faite à cette méthode. Plus on enlève de sang, a-t-on dit, plus ce liquide se fluidifie, moins, par conséquent, il est apte à se former en caillot, et moins la guérison de l'anévrysme doit être possible. Mais ne pourrait-on pas trouver des substances telles que, nonobstant les soustractions sanguines qui seraient faites, le sang conservât sa plasticité ? Nous sommes près de sourire lorsque nous voyons le bon Ambroise Paré donner, avec le plus grand sérieux, le menu du régime alimentaire qu'il se prescrivait, pendant qu'il était en traitement de sa fracture de jambe, afin de fournir de bons matériaux à la consolidation. Ne serait-il pas temps, au contraire, d'approfondir cette question, et de rechercher s'il n'y aurait pas là une application à faire ?

Hémorrhagie mortelle produite par la rupture d'une varice du vagin; par le Dr Cramer (*medicinische Zeitung. Dublin Journal of med. science. Janv. 1841 p. 504.*)

Le 2 janvier, la femme d'un boucher fut trouvée par les personnes qui habitaient la maison où elle demeurait, couchée sur le plancher de sa chambre et baignée dans son sang : elle était morte. Le propriétaire de la maison donna les renseignemens suivans : elle avait reçu la visite d'un homme de sa connaissance qui était venu la voir, mais qui était resté peu de temps avec elle. La mort étant constaté par un médecin appelé pour la voir, on prévint la police, qui se mit en demeure de chercher et d'arrêter le visiteur en question. Voici ce que j'ai recueilli. Cette femme était âgée de 35 ans, et mère de six enfans ; au moment de sa mort, elle était grosse de six mois. Son mari rapporte que ses époques avaient toujours été très irrégulières, qu'elle perdait du sang pendant sa grossesse et même pendant qu'elle nourrissait ; cette femme jouissait au reste d'une bonne santé ; d'après les rapports des personnes qui la connaissaient, il paraîtrait que sa mère était morte d'une semblable maladie. Dans la soirée de l'évènement, cette femme avait eu des rapports avec l'homme dont il a été parlé. Avant que l'acte du coït fût terminé, elle lui cria de se retirer ; de son côté, cet homme dit que, dans ce moment, il sentit un fluide chaud couler tout le long de ses membres ; il porta cette femme dans sa chambre, et se retira. Les gémissemens de la malade ayant éveillé un de ses enfans, il courut chercher du secours auprès des voisins, qui appelèrent tout de suite le mari, allèrent chercher un médecin, et prévinrent en même temps la police. Il s'était écoulé à peine trois quarts d'heure entre l'arrivée du visiteur et la mort de la femme.

Le chirurgien appelé attribua la mort à une hémorrhagie produite par un avortement ; toutefois on ne rencontrait dans les caillots de sang rien qui justifiât cette assertion. Le peu de développement du ventre faisait croire qu'il y avait erreur de la part du mari dans l'indication de l'époque de la grossesse.

A l'examen du corps on ne trouva rien qui indiquât l'existence d'une violence extérieure ; pas d'ecchymoses cadavériques ; les veines des membres étaient plus volumineuses que dans l'état normal ; on sentait à travers le ventre un corps dur et proéminent ; sur les cuisses et sur les organes génitaux, il y avait un peu de sang ; en écartant les lèvres de la vulve, on voyait sous

le clitoris; et à gauche, une plaie déchirée, tournée vers la petite lèvre de ce côté; cette plaie avait un pouce de longueur; dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, elle conduisait dans une veine aplatie; la cavité de cette veine pouvait loger un œuf de moineau; le vagin contenait peu de sang dans son intérieur; le museau de tanche était fermé et très serré; il a fallu pousser avec force pour pouvoir faire pénétrer le doigt dans l'utérus. Celui-ci s'étendait jusqu'à l'ombilic; il était pâli et comme affaissé; on l'incisa sur la partie antérieure et on mit à découvert le placenta qui se trouvait fixé assez près du col; le fœtus avait près de six mois et demi, les testicules étaient déjà dans le scrotum; presque tous les organes de l'abdomen de la mère étaient privés de sang; la cause de la mort étant bien déterminée, on ne jugea pas convenable de pousser l'examen du corps plus loin.

Cette observation n'est pas unique. On lit dans journal de Siebold (vol. IX), le cas, presque semblable, d'une rupture de varice vaginale, survenue pendant la délivrance; un second fait a été rapporté par le Dr. Heinmer: dans ce dernier cas, la varice du vagin se rompit pendant le travail et détermina la mort presque subitement.

Corps étranger dans la trachée artère, par M. Travers fils, professeur d'anatomie à l'hôpital Saint-Thomas.

Harriet Smyth, âgée de six ans, d'une bonne constitution, était assise sur un tas de paille dans une cour, lorsqu'elle fut subitement renversée par un cochon qui se trouvait sous la paille; dans ce moment la jeune fille mangeait des cerises; elle fut prise immédiatement d'un violent accès de toux, avec suffocation imminente; cet accès dura une heure, et la malade s'endormit. C'est le 19 juillet, à 4 heures du soir, que cet accident arriva; M. Vincent de Richingall visita la petite malade, une heure après; elle fut réveillée par un petit accès de toux; on lui ordonna des émétiques et des purgatifs; l'enfant passa bien la nuit; les accès de toux n'ayant pas reparu, M. Vincent pensa que le corps étranger avait été avalé.

20. La malade est prise de douleurs spasmodiques dans la poitrine; ces douleurs augmentent pendant la nuit.

21. La respiration est difficile; on remarque quelques symptômes d'inflammation; on pratique une saignée de 12 onces, et on ordonne du calomel et du jalap, dont on fera suivre l'administration d'un mélange de calomel et d'opium, lorsque la première médication aura produit son effet.

22. Dans l'après-midi, la malade est prise d'une toux convulsive très violente; le pouls est petit, la face livide, les yeux sont saillans, enfin on observe tous les signes d'une suffocation; pendant l'accès la jeune malade porte souvent la main à la gorge, comme pour se débarrasser de quelque chose et crie, d'une voix étouffée: *enlevez-moi*, *ôtez-moi cela*. Cet accès dure deux heures; pendant sa durée, la malade a eu des déjections involontaires: à huit heures, l'enfant était aussi tranquille que si elle n'avait pas éprouvé un si violent accès; M. Vincent trompé par cette tranquillité, pensa qu'il n'y avait pas de corps étrangers dans la trachée.

23. A midi, les mêmes accidens se reproduisirent; la malade rejeta par la bouche une grande quantité de mucus écumeux, et eut des quintes de toux très fortes. Lorsque l'accès se fut calmé, on introduisit une sonde de gomme élastique(1), à la suite de cette introduction la petite malade avalait facilement. On jugea convenable de la conduire à Bury, auprès de MM. Probert et Smith. M. Probert fut d'avis qu'un corps étranger se trouvait engagé dans la trachée, mais avant de conseiller formellement une opération il désirait être témoin d'un accès de toux.

Le 25, à six heures du soir, l'enfant fut prise d'un nouvel accès; on prévint ces MM. qui n'arrivèrent que lorsqu'il fut calmé, et trouvèrent l'enfant occupée de ses amusemens, seulement elle avait par moment quelques quintes de toux.

26. La malade fut ramenée chez elle, et alla bien jusqu'au premier août, époque à laquelle elle fut de nouveau prise d'un accès qui dura deux heures.

Je la vis le mercredi 7, en compagnie de M. Vincent; elle avait eu un accès peu de temps avant mon arrivée, et se trouvait endormie; lorsqu'on la levait la respiration devenait pénible et striduleuse, le pouls petit et précipité, la face injectée, et il y avait des accès de toux croupale suivis de repos; pendant les accès, l'enfant portait toujours la main à sa gorge; ces accès devenaient fréquens. Je pensai qu'il n'y avait pas un moment à perdre, et qu'il fallait se hâter de pratiquer la bronchotomie.

L'opération fut faite vers minuit. La malade placée sur une table, la tête et les épaules légèrement élevées, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane; dans ce temps de l'opération, une veine assez volumineuse fut divisée et immédiatement liée; les mouvemens continuels du tube aérien et sa profondeur

(1) L'auteur ne dit pas où, mais ce ne peut être que dans l'œsophage; toujours le même laconisme! [illegible]

retardèrent un peu l'opération; trois anneaux de la trachée, compris entre la commissure du corps thyroïde et le sternum, furent divisés; on plaça ensuite la malade dans la position assise, la tête inclinée en avant; cette position agrandissait un peu la plaie de la trachée, la rendait ovale; l'ouverture se trouvait ainsi assez grande pour laisser passer le corps étranger; la respiration se rétablit immédiatement, la toux cessa; après quelques momens de repos, et avant de quitter la malade, je voulus m'assurer si le larynx n'était pas obstrué; dans ce but j'introduisis par la plaie d'abord, une sonde, ensuite un stylet, que je dirigeai vers la glotte, en même temps qu'à l'aide de mon doigt passé dans la bouche, je cherchais à sentir l'extrémité de l'instrument.

La petite malade fut couchée, et dormit un peu; la respiration se faisait bien par la plaie, qui donnait issue à un mucus écumeux.

12 août. La toux recommence; mais elle est moins forte.

On cessa l'emploi du calomel qui avait été administré à la dose d'un grain, dès le moment de l'opération; la plaie, vers la fin du mois, était presque guérie.

Au commencement d'octobre, la jeune malade fut de nouveau prise d'accès de toux, assez fréquens, et accompagnés de sueurs nocturnes et de perte des forces.

10 octobre. M. Probert vit de nouveau la malade, il craignait que les poumons ne fussent affectés: il ordonna alors une alimentation nutritive, et de la salsepareille. M. Vincent pensait, de son côté, que la présence du corps étranger était seul la cause de tous ces phénomènes; il fondait son opinion sur la nature saccadée de la toux.

22 octobre. Le corps étranger fut rejeté, mêlé à une cuillerée de pus; déjà quelques jours auparavant, l'enfant avait expectoré du pus dans un accès de toux. Dès ce moment le rétablissement s'opéra.

La conduite des hommes de l'art, dans le cas qui vient d'être rapporté, n'est pas exempte de reproche. Les signes de la présence d'un corps étranger dans les voies aérifères étaient tellement évidens qu'il est inconcevable que M. Vincent ne l'ait immédiatement reconnue. Tous les médecins savent, ou, du moins, devraient savoir que précisément les corps étrangers de la trachée ou du larynx donnent lieu aux

accès notés dans cette observation, accès qui se reproduisent lorsque le corps étranger se porte à l'entrée du larynx, tandis que le malade est calme, et en apparence délivré, quand le corps étranger se place dans un autre point. Il est certain que la petite malade aurait pu mourir dans un de ces accès, et que le médecin aurait eu ce malheur à se reprocher. Ensuite nous voyons M. Travers ouvrir la trachée; c'était parfaitement agir; l'indication était saisie. Mais comment, après avoir incisé l'arbre aérien, M. Travers n'est-il pas allé à la recherche du corps étranger? Il a fallu que la nature se chargeât de l'expulsion de ce corps, et cette expulstion n'a eu lieu qu'au prix de nouvelles souffrances.

C. M.

VARIÉTÉS.

Académie royale de médecine.

L'Académie des sciences et l'Académie de médecine ont été envahies depuis quelque temps par d'habiles exploitateurs qui les transformeraient volontiers en bureaux d'annonces. Deux questions nouvelles ont surtout fait ressortir la vivacité de ce genre d'industrie. Ce sont celles qui concernent les opérations proposées contre le strabisme et le bégaiement. A l'Académie des sciences où les présentations de malades, les communications relatives à la médecine ou à la chirurgie ont un grand retentissement à cause des nombreuses feuilles politiques qui rendent immédiatement compte des séances, à cause, il faut bien le dire aussi, de l'incompétence en pareille matière de la savante société, ce genre de commerce est reçu avec beaucoup de calme et renouvelé presque tous les lundis. L'Académie de médecine, nécessaire-

ment un peu moins facile, et peut-être aussi un peu moins recherchée par suite de la restriction de sa publicité, eu égard au public profane, a cependant fini par être encombrée de communications pareilles. On est même allé si loin qu'elle s'en est bientôt émue, et que l'une de ses dernières séances a vu naître un orage dont il n'existe peut-être pas d'exemple dans les fastes académiques.

Afin que nos lecteurs puissent juger en connaissance de cause la valeur des réflexions auxquelles nous allons nous livrer plus loin, nous allons indiquer en peu de mots, et avec la plus parfaite exactitude, le fond de la discussion. C'est à l'occasion du bégaiement qu'elle a surgi, à la séance du 16 février : un jeune chirurgien belge, M. Phillips, écrivit à l'Académie qu'il avait opéré plusieurs bègues avec une sorte de succès, mais par un procédé qu'il n'indiquait pas. M. Velpeau saisit cette occasion pour annoncer que lui aussi, s'était occupé de remédier au bégaiement, qu'il avait même imaginé, à ce sujet, quatre variétés d'opérations : 1° La section des muscles hyo-glosses, quand l'élévation directe de la langue paraît embarrassée ; 2° celles des stylo-glosses, lorsque c'est vers le pharynx que la prononciation paraît éprouver quelque difficulté; 3° l'ablation d'un triangle de la pointe de la langue, lorsque le bégaiement porte sur les lettres dentales ; 4° la division des génio-glosses quand il semble que la langue se moule avec difficulté sur la voûte palatine. Il ajouta que le dimanche précédent, 14 février, il avait pratiqué cette dernière opération sur un jeune ouvrier, à l'hôpital de la Charité, et que le jeune homme en avait éprouvé sur-le-champ une amélioration notable. Du reste, M. Velpeau se hâta de dire qu'il ne voulait tirer aucune conclusion de ce fait, qu'il le communiquait tel quel, et uniquement pour prendre date. M. Roux dit, de son côté, avoir imaginé la même opération, mais n'avoir pas eu encore l'occasion de la mettre en pratique. M. Amussat, à son tour, dit avoir opéré, le dimanche 21, dans le milieu de la journée, quelques heures plus tard que M. Velpeau, par conséquent, deux bègues, par la section des muscles génio-glosses, et qu'il en était résulté sur-le-champ un changement remarquable dans leur prononciation. Ce chirurgien, ayant voulu comparer le bégaiement au strabisme, ayant avancé que les bègues ont la langue trop courte ou déviée, ayant fait entendre que la même opération était applicable à tous, que, pour lui, la valeur du procédé opératoire ne pouvait être mise en doute, a provoqué une vive réplique de la part de M. Gerdy. Ce dernier académicien, poussé par les exagérations de M. Amussat, n'a pas craint de dire qu'on ne remédierait jamais au bégaie-

ment par la section des muscles de la langue, et que de telles opérations, aussi barbares que mal raisonnées, n'étaient propres qu'à jeter du discrédit sur la chirurgie. M. Velpeau n'a pu s'empêcher, tout en blâmant les conclusions irréfléchies de M. Amussat, de repousser quelques-unes des attaques de M. Gerdy. D'après lui, une foule de raisons s'élèvent sans doute, *à priori*, contre la section des muscles de la langue, dans le bégaiement; mais il est convenable, a-t-il dit, lorsqu'un fait est annoncé comme positif par un homme du caractère de M. Dieffenbach, d'examiner ce fait et de tout entreprendre pour en constater l'authenticité, la valeur. M. Amussat, ayant pris en mauvaise part les remarques précédentes, est venu montrer deux bègues qu'il devait opérer quelques jours après et ramener à la séance suivante. L'Académie, voulant couper court à de pareilles discussions, nomma une commission chargée de suivre les diverses tentatives relatives au bégaiement, et les choses en restèrent là. A la séance du 23 février, la question fut reprise. M. Amussat ramena les deux malades qu'il avait opérés dans l'intervalle, puis il en présenta d'autres qui n'avaient point encore subi d'opérations. Nous avons pu constater que les deux premiers bégayaient manifestement moins qu'à leur première présentation; mais, contrairement au dire de l'opérateur, ils n'étaient point parfaitement guéris et bégayaient encore sensiblement. Une commission ayant été nommée *ad hoc*, dans la séance du 16, on trouva d'abord singulier que M. Amussat, qui avait lui-même sollicité la nomination de cette commission, et qui ne lui avait point soumis ses malades, vînt les montrer en pleine académie. Sachant, d'un autre côté, que ses premières opérations avaient été annoncées dans les feuilles politiques à titre de succès complets; que les malades avaient été présentés, la veille, à l'Académie des sciences, quelques académiciens firent observer qu'il y avait, dans cette marche, quelque chose de peu scientifique. M. Velpeau dit qu'il n'en était pas du bégaiement comme du strabisme; que beaucoup de bègues parlaient librement ou hésitaient d'une manière tranchée, selon l'influence qui les dominait; que l'examen qu'on en pourrait faire au sein d'une académie, en les saisissant en quelque sorte au vol, était incapable d'éclaircir la question; qu'il fallait les laisser voir avant, pendant et après, par la commission, qui s'en occuperait à tête reposée, et qui viendrait ensuite en rendre compte à l'Académie. M. Dubois (d'Amiens) parla dans le même sens. On ne peut rien conclure, dit-il, d'une pareille épreuve. On fait répéter la même phrase à tous ces bègues, comme si on leur avait appris la leçon d'avance. On se

met ainsi en parade sur un amphithéâtre, en faisant monter les sujets par une sorte d'estrade, ce qui est sans doute propre à faire de l'effet, mais ne peut rien éclaircir sous le point de vue scientifique. Comme M. Amussat sembla s'irriter de ces remarques, M. Gerdy prit la parole, et dit qu'il y avait là une question de moralité et une question de science. « Je regrette, ajouta-t-il, d'être obligé d'avancer que la manière de M. Amussat n'est point celle d'un homme de science : c'est de la chirurgie industrielle (M. Amussat s'agite et crie de toutes ses forces qu'on l'injurie). Oui, de la chirurgie industrielle, reprend M. Gerdy. Vos clameurs ne m'empêcheront pas d'énoncer ma pensée tout entière. J'ai là des journaux qui vont édifier l'Académie à ce sujet; vous y trouverez les merveilles de M. Amussat signalées avec fracas. Un numéro de ces journaux s'exprime ainsi : « Une des jeunes célébrités chirurgicales de Paris, M. Lucien Boyer, cédant aux instances répétées de M. Thibaut, se rendra dimanche prochain, à onze heures du matin, à Versailles, chez M. Thibaut, accompagné du grand Amussat, son beau-frère, pour opérer tous les louches qui se présenteront à lui, à l'aide de moyens infaillibles. » Malgré un tumulte impossible à décrire, et les vociférations de M. Amussat, qui crie à l'infamie, M. Gerdy continue la lecture d'un second article, rédigé dans le même sens, et fait remarquer, conjointement avec M. Velpeau et quelques autres membres, que ce style est absolument semblable à celui des crieurs publics et des charlatans titrés. M. Amussat continue à se démener, dit que la conduite de M. Gerdy à son égard est inqualifiable, et qu'il ne veut pas tolérer de pareilles attaques. Le tumulte devient si extraordinaire, qu'après avoir hésité quelques instans, le président se croit obligé de lever la séance. On voit même, chose inouïe et de la dernière inconvenance, quelques médecins étrangers à l'Académie, faire irruption dans l'hémicycle, en proférant des menaces grossières contre M. Gerdy. On ajoute même qu'après la séance, quatre médecins, dont il faut taire les noms, se sont rendus, de la part de M. Amussat, chez M. Gerdy, pour l'engager à rétracter les expressions injurieuses dont il s'était servi. M. Gerdy s'est renfermé dans ses droits d'académicien, et a répondu qu'il ne voulait faire aucune rétractation, ni devant l'Académie ni ailleurs, et qu'il se refusait positivement à toute espèce de satisfaction. La séance du 3 mars menaçait d'un nouvel orage. On avait dit que la question du charlatanisme serait reprise : aussi la salle des séances et toutes les pièces voisines étaient-elles encombrées de bonne heure d'une foule immense et tout-à-fait inusitée. Mais le président a causé un désappointement général, quand il a annoncé

après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, que tous les faits relatifs au strabisme et au bégaiement seraient dorénavant soumis à une nouvelle commission, qui seule aurait droit d'en rendre compte, et qu'il n'y aurait plus sur ce sujet de communication directe à l'Académie. Voyant ensuite que les membres arrivans ne pouvaient pénétrer dans l'enceinte, tant la foule était considérable, M. le président a fini par déclarer l'Académie en comité secret. Le public s'est graduellement retiré, après quoi on a, dit-on, consacré la séance à discuter un rapport de M. Capuron sur la rétroversion utérine pendant la grossesse, et la question de savoir jusqu'à quel point la mesure relative au bégaiement et au strabisme était licite et convenable.

UN MOT SUR LE STRABISME ET LE BÉGAIEMENT, par M. Velpeau.

J'ai opéré jusqu'ici quatre bègues, dont trois par la section des muscles génio-glosses. Celui dont j'ai parlé à l'Académie et le premier qui ait été opéré de la sorte à Paris, reste avec son amélioration primitive ; le second, qui bégayait assez peu d'ailleurs, ne bégaie plus du tout. Chez le troisième, l'inflammation de la bouche n'est pas encore tout-à-fait éteinte. J'ai enlevé au quatrième un V à base antérieure de la pointe de la langue ; il n'en est qu'au troisième jour, et le bégaiement qui a cessé d'abord n'a point encore reparu. Je sais que les opérés qu'on a donné ailleurs comme des exemples de succès complet, bégaient encore, les uns plus, les autres moins. Il est même positif que plusieurs d'entre eux n'ont éprouvé aucune amélioration de la section des muscles génio-glosses (voir le fait rapporté plus haut). Du reste, il semble que l'opération ait été pratiquée de manières assez diverses. M. Dieffenbach enlève une large tranche transversale, comprenant toute l'épaisseur de la base de la langue. La section des deux génio-glosses, près des apophyses géni, a été pratiquée par moi d'abord, puis par M. Roux, et par une sorte d'opérateur ambulant qui s'est imaginé l'avoir inventée ; dans un autre cas, j'ai coupé ces muscles à la face inférieure de la langue entre les artères ranines et au-dessous. C'est, m'a-t-on dit, de la sorte qu'ont été traités les malades de M. Amussat. L'excision d'un triangle du sommet de la langue ne paraît encore avoir été effectuée que par moi. A Londres, on excise la luette et les amygdales.

STRABISME.

En attendant qu'un article détaillé soit consacré à la question du stra-

bisme, dans ce journal, qu'il me soit permis de dire aux chirurgiens ce que la pratique m'en a appris. Les premières sections de muscles de l'œil que j'ai pratiquées pour remédier au strabisme, l'ont été au commencement de septembre, 1840. Je n'en avais encore que sept exemples vers le commencement de novembre. Alors deux des malades seulement restaient guéris. Chez les cinq autres la difformité n'était qu'amoindrie ; depuis lors, j'ai répété cette opération sur cinquante à soixante sujets, et les récidives sont devenues de plus en plus rares. C'est à tel point qu'aujourd'hui la question me paraît décidément jugée. J'ai vu des personnes opérées depuis deux mois, six semaines, trois mois, cinq mois même, et la mobilité, la rectitude des yeux, complètement rétablies dès le principe, ne changent réellement plus. Si les guérisons étaient moins sûres dans le principe, cela tenait à ce que la section du muscle seul n'est pas toujours suffisante, à ce que plusieurs muscles ont quelquefois besoin d'être coupés successivement, à ce que surtout il existe entre ces muscles ou autour de ces muscles des brides fibro-celluleuses, une aponévrose, qu'il importe de diviser aussi.

L'expérience m'a démontré que M. Dieffenbach, dont les résultats ont été reproduits par M. Verhaeghe en Belgique, par M. Phillips, en France, n'avait rien avancé d'inexact en disant que l'opération du strabisme n'est point dangereuse; que, pratiquée convenablement, elle réussit à-peu-près toujours, qu'elle améliore notablement la vue de ceux qui s'y soumettent. Pour mon compte, je n'ai vu aucun malade en éprouver d'accidens sérieux, et la plupart de ceux que j'ai opérés, qui ne louchaient que d'un œil et qui voyaient très mal de ce côté, ont fini, après le redressement de l'organe, par voir aussi bien de ce côté que de l'autre.

Une douzaine de procédés ont déjà été imaginés à ce sujet ; ils permettent tous de réussir. Le procédé sous-conjonctival, ou de M. Guérin, quoique plus délicat et plus dangereux qu'aucun autre, mériterait d'être préféré peut-être, s'il n'était pas un peu moins sûr, et surtout s'il était vrai que l'action de l'air sur le fond des plaies de l'orbite entraînât de véritables dangers; mais le contraire est suffisamment établi maintenant. Accrocher la conjonctive avec deux érignes, près de la rainure oculo-palpébrale par en former un pli qu'on divise avec des ciseaux jusqu'à la face externe du muscle, qu'on soulève dès-lors avec un crochet mousse pour les diviser d'un coup de ciceaux en dehors du crochet, pour en réséquer l'extrémité antérieure, comme le fait M. Phillips, constitue la méthode de M. Dieffenbach. Les autres nuances diffèrent trop peu de cette dernière méthode, pour mériter une place ici.

Dans le principe, je m'en tenais à accrocher la sclérotique avec une petite érigne pour fixer le globe de l'œil, après quoi je glissais une érigne plus forte de bas en haut ou de haut en bas à travers le fond de la conjonctive, et le long de la partie postérieure de la sclérotique pour *harponner* le muscle, et l'attirer sous forme d'anse ou de corde en avant. D'un coup de ciseau ou d'un coup de bistouri étroit, j'en opérais dès-lors la section entre les deux érignes. Aujourd'hui je m'y prends un peu différemment. Je saisis la conjonctive et les lames fibreuses qui la doublent sur le côté de la sclérotique, près de la caroncule, avec une pince à griffes. L'œil est ainsi fixé. Avec une autre pince à griffes, portées beaucoup plus en arrière, en rasant le globe oculaire, j'embrasse le corps du muscle lui-même, que j'attire en avant, et qui se trouve ainsi tendu sous forme d'un pli. Un aide maintient l'une des pinces, de petits ciseaux droits ou un peu courbes embrassent et coupent largement ce pli. Je m'en sers ensuite pour diviser en haut et en bas tout ce qu'il peut y avoir de fibreux ou de résistant. La pointe des ciseaux glissées à plat de bas en haut ou de haut en bas sur la face externe de la sclérotique, permet de détruire sans désemparer toutes les brides, toutes les adhérences qui pourraient avoir échappé au premier coup de l'instrument. Une petite éponge sert à absterger la plaie pendant l'opération. Il est inutile d'ajouter qu'un aide maintient la tête du malade, que les paupières sont tenues écartées par des élévateurs. J'ajouterai même, à cette occasion, que si l'on manquait d'aides, un élévateur auquel j'avais songé et que M. Kelleysnowden a fait fabriquer, une fois mis en place, maintient très bien les paupières écartées de lui-même.

J'ai opéré du strabisme des sujets de tout âge, des enfans de cinq, six et huit ans, une femme de cinquante-quatre ans, des deux yeux successivement, ou des deux yeux dans la même séance. Le plus souvent je n'ai coupé que le muscle droit interne pour le strabisme convergent. Dans quelques cas, j'ai dû diviser aussi le droit inférieur et le droit supérieur. Des lunettes noircies dans leur moitié interne m'ont paru nécessaires pour forcer l'œil à regarder en dehors chez quelques personnes pendant la cicatrisation de la plaie. J'ai vu chez une jeune fille âgé de neuf ans le muscle se recoller par réunion immédiate et ramener le strabisme dès le troisième jour. J'ai renouvelé l'opération, on a tenu un bandeau sur l'œil sain et le strabisme n'a plus reparu. J'avais pris le parti d'exciser l'extrémité antérieure du muscle divisé d'après les indications de M. Dieffenbach et de M. Phillips, mais je m'en suis dispensé dans mes quarante dernières opérations, et je n'ai pas vu que les malades en aient moins bien guéri.

Dignité médicale.

De nos jours le charlatanisme a pris une telle extension, il se montre sous des formes si variées, que ce sera bientôt à ne plus s'y reconnaître. Tant qu'on s'en est tenu à des affiches sur les murs, à des adresses distribuées sur la voie publique, à des annonces dans les colonnes payées des journaux politiques, les personnes sensées pouvaient encore distinguer les charlatans des médecins proprement dits. Malheureusement cette ligne de démarcation n'existe plus aujourd'hui. Depuis que des articles ont pu être adressés dans les feuilles quotidiennes au public, depuis que ce qui se passe au sein des académies est reproduit le lendemain par une foule de journaux, on a trouvé moyen de transformer l'art de guérir en profession industrielle tout en essayant de conserver la dignité scientifique. Il y a là, nous devons le dire, de tristes exemples pour l'avenir.

Si des hommes notables n'hésitent point à porter leurs travaux devant la masse des profanes, au lieu de s'en tenir au jugement des hommes compétens, c'en est évidemment fait de la profession médicale. Qui peut ignorer effectivement que chacun trouvera facilement moyen de faire admirer par la foule les médications, les résultats les plus bizarres? Et comment osera-t-on déverser le blâme sur des médecins obscurs, tourmentés par de nombreux besoins, qui abusent de leur titre en s'adressant directement aux malades pour se procurer des cliens, si la même chose est tolérée chez ceux qu'une position élevée, que des fonctions éminentes semblent recommander à la confiance de leurs confrères?

Ces réflexions nous sont inspirées par ce qui se passe depuis quelque temps au milieu de nous. Là se trouve d'ailleurs une question que nous ne craindrons pas d'agiter.

Une brochure de vingt-quatre pages, qui vient d'être envoyée à tous les abonnés d'un journal, nous force à en dire quelques mots aujourd'hui. L'auteur de cette brochure, ayant été l'occasion du tumulte académique mentionné plus haut, se justifie d'une manière étrange des faits qu'on lui impute. Nous allons reproduire ici les principaux passages de sa lettre, en y joignant quelques remarques explicatives, afin qu'il sente, s'il le peut, l'inconvenance de sa conduite.

« Pour répondre, dit-il, aux calomnies qu'on s'est permises sur mon compte... »

Calomnie veut dire : *mauvaise action faussement attribuée à quelqu'un.* Sous ce rapport l'inculpé n'y songe pas ; car, d'après sa propre lettre, il serait lui-même, ainsi qu'on va le voir, calomniateur et non pas calomnié, puisqu'il avance une foule de faits faux ou controuvés.

« Je me trouve forcé, dans l'intérêt de la vérité, de publier une lettre destinée d'abord à rester ensevelie dans les cartons du conseil de l'académie... »

La vérité est : que le conseil n'a point connu cette lettre, et qu'au lieu de la laisser *ensevelie*, vous désiriez, de votre propre aveu, la lire en pleine séance !

« Avec de la droiture et du courage on triomphe des plus grandes difficultés et des cabales les mieux organisées. »

Rien n'est plus vrai : aussi la cabale des *industriels au langage sentimental* est-elle fort contrariée du courage de certaines gens à l'Académie.

« Pour le prouver, qu'il me soit permis de rappeler les discussions sur la lithotritie, la torsion des artères, l'introduction de l'air dans les veines, en attendant celles qui sont pendantes. »

Bien choisi vraiment ! citez donc quelque chose d'utile qui vous appartienne en lithotritie. En exagérant sa valeur, vous avez gâté la torsion des artères que M. Velpeau avait pratiquée long-temps avant vous. La même remarque s'applique à la question de l'entrée de l'air dans les veines. Qu'avez-vous donc fait, qui puisse vous revenir à titre d'invention, contre le strabisme ou le bégaiement ? Quelle outrecuidance ! !

« Quelque habile que soit l'envieux à se couvrir d'un masque, à colorer ses paroles du charlatanisme de la vertu, la passion l'aveugle, et tôt ou tard on finit par le démasquer. »

Nous sommes en cela du même avis, mais l'auteur ne craint-il pas que ce paragraphe semble avoir été fait pour lui ? Nous ajouterions, quant à nous, que la médiocrité prétentieuse et quelques formes scientifiques ne peuvent être une sauvegarde éternelle contre les approches de la vérité, fût-on même membre d'une académie.

— « Je suis en butte à des attaques personnelles et aux animosités d'une coterie, qui se sert de tous les moyens pour me décourager et me forcer au silence. »

Vous faites, à ce qu'il paraît, une coterie des personnes qui, mieux au courant que vous de l'état de la science et de la valeur des faits, vous montrent de temps à autre, que vous donnez comme nouveau ce qui est ancien, comme venant de vous ce qui appartient à autrui. Pour celui qui cherche sincère-

ment la vérité, ce seraient là, ou je me trompe fort, de véritables amis. Silence ou non, vous serez démasqué, soyez-en persuadé.

« Ces luttes produisent justement l'effet contraire à celui que veulent produire ceux qui les provoquent : Elles élèvent, elles épurent l'âme de ceux qu'on veut opprimer, elles raniment les grands sentimens, elles retrempent enfin. Si je ne consultais que mon repos, ma tranquillité, mes intérêts, mon bien-être enfin, j'aurais évité depuis long-temps déjà ces pénibles débats. »

Le pauvre homme! Voyez donc les grands sentimens, les épurations de l'âme qui résultent d'une discussion où l'on démasque l'ignorance, la mauvaise foi et l'intrigue d'une vanité envieuse et sournoise! Charles Albert et les autres ne parleraient pas mieux !!! —

« Messieurs Velpeau et Roux déclarèrent avoir pratiqué *sans succès* la section des génio-glosses.

« M. Dubois (d'Amiens) proposa, de même que M. Gerdy, la nomination d'une commission, pour examiner, dit-il, *ces annonces de chirurgie industrielle, qu'on vient afficher devant les colonnes de l'Académie,...* »

Voilà, certes, un passage qui donnera une haute opinion de la véracité de M. A... On voit qu'à l'entendre, M. Velpeau serait opposé à la section des muscles génio-glosses, qu'il aurait dit l'avoir pratiquée *sans succès*. Or, M. A... sait très bien qu'en parlant ainsi, il dit tout le contraire de la vérité. On ne lui voit même aucune sorte d'excuse possible, car tous les journaux, sans exception, ont reproduit, à quelque chose près, et en termes très clairs, ce que M. V. a communiqué à l'Académie sur ce sujet, dans sa séance du 16 février 1841. Voici d'abord comment s'exprime le bulletin même de l'Académie :

« A l'occasion de la correspondance, M. Velpeau fait remarquer que M. Phillips a bien annoncé qu'il avait pratiqué une opération sur la langue pour remédier au bégaiement, mais qu'il n'a point indiqué le procédé opératoire dont il s'est servi ; il pense que cette maladie présente plusieurs variétés qui nécessitent tantôt la section des muscles génio-glosses, tantôt celle des stylo-glosses ou des hyo-glosses. Dimanche dernier, il a eu occasion de couper les génio-glosses ; immédiatement après, plusieurs mots ont été prononcés librement, et ce résultat favorable s'est maintenu jusqu'à présent. » (*Bulletin de l'Académie*, tome VI, page 452.)

La *Gazette médicale*, qui parle dans le même sens, et qui ajoute que M. V. a proposé, pour quelques cas, de retrancher la pointe de la langue, dit aussi qu'il a coupé le muscle génio-glosse chez un bègue qui « a pu prononcer, aussitôt après l'opération, plusieurs syllabes qu'il lui était impossible d'arti-

culer auparavant. » Le même fait est reproduit, à-peu-près dans les mêmes termes, par l'*Esculape*, l'*Expérience*, et la *Gazette des hôpitaux*. Comment donc qualifier, dès-lors, la phrase que falsifie M. A., pour en faire une accusation, et pour fonder là-dessus ses plaintes et ses récriminations?

Comme ce genre d'interprétation est habituel chez lui, on ne voit que deux manières de l'expliquer. A moins que M. A. n'ait un grave défaut dans le jugement ou l'intelligence, que ce ne soit chez lui une idée fixe, il faut qu'il ait un certain intérêt à prêter ainsi aux autres l'inverse de ce qu'ils ont dit, avec une audace vraiment sans pareille.

Quand il fut question de la lithotritie, M. V. soutint que, excepté dans les cas où la vessie et l'urèthre sont sains et par trop irritables, où le calcul n'est pas très dur ou multiple, et ne dépasse pas le volume d'un petit œuf de poule, c'était une question de savoir si le broiement de la pierre était préférable à l'opération de la taille.

Déplaçant aussitôt la question, M. A. répondit toujours, comme si M. V. s'était établi l'antagoniste absolu de la lithotritie. Vingt fois M. V. le rappela à ses expressions, vingt fois M. A. continua sa discussion en dehors du sujet.

En parlant de l'introduction de l'air dans les veines, M. V. dit qu'au-delà d'une certaine distance du cœur, rien ne prouvait qu'elle fût possible, que parmi les faits de chirurgie, invoqués à l'appui, il y en avait fort peu qui fussent tout-à-fait concluans.

Dans ses répliques, M. A. se défendit constamment, comme si M. V. avait soutenu que l'entrée de l'air dans les veines était absolument impossible. Telle est sa manière de raisonner, de traiter les questions scientifiques. Peut-être est-ce à tort, mais à voir l'entêtement qu'il y apporte, on se surprend à penser que c'est de sa part une tactique, et que son but est de prêter à ceux qui lui opposent la vérité un langage tout différent, afin de se défendre avec quelque apparence de raison.

Poursuivant ses plaintes, il dit :

« M. Velpeau déclara insuffisant l'examen auquel on venait de se livrer sur les bègues présentés, et proposa de renvoyer à la commission nommée par l'Académie l'appréciation des faits qui venaient d'être cités. »

Pour savoir si M. Velpeau avait raison, il faut ne pas oublier que M. A. avait déjà conduit les mêmes malades à l'Académie des sciences, que depuis plusieurs jours on les colportait, en quelque sorte, à toutes les réunions, et que la commission nommée le mardi précédent avec l'agrément de M. A. lui-même, n'avait point vu ces sujets; d'où il suit, que l'empressement à

les amener de nouveau dans l'antichambre de l'Académie ne permettait guère de croire au désir pur et simple d'éclairer une question scientifique. On voit encore là le doigt de l'industrie, monsieur, ne vous en déplaise! —

« M. Dubois parla dans le même sens que M. Velpeau, et répéta que, présenter des malades de cette manière, c'était se mettre en parade sur un amphithéâtre, en faisant monter les sujets sur une sorte d'estrade, etc. »

Qui peut donner tort à M. Dubois ici?

« Si nous n'eussions pas montré des opérés louches et bègues, vos convictions ne seraient peut-être pas changées, et l'opinion formée par les contradicteurs prévaudrait encore. »

Il faut réellement avoir du courage pour écrire de pareilles choses. Comment! vous avez éclairé la question du strabisme et du bégaiement! Vous dont la plupart des opérés bégaient encore ou louchent à quelque degré, vous qui n'avez parlé du strabisme qu'à la fin de décembre, quand nous en opérions de tous côtés dans les hôpitaux dès les mois d'août ou de septembre, quand au Havre, à Nancy, en Belgique, en Angleterre, et partout, les brochures pleuvaient sur cette question; vous qui n'avez opéré vos premiers bègues qu'après M. V. et par le même procédé que lui, vous ne craignez pas de dire qu'il faut aujourd'hui vous adresser des remercîmens pour une conduite aussi inqualifiable!

Après avoir commencé sa biographie, M. A. ajoute qu'il a été élève de l'école pratique, ce qui est vrai; élève externe, ce qui est encore vrai; *élève interne*, ce qui est contestable, car, si nous sommes bien informé, il n'aurait jamais été que *provisoire*, circonstance qu'il est bon de lui rappeler, puisqu'il ne craint pas de se parer d'un titre qu'il n'a point obtenu.

M. A. dit de plus que c'est une injustice dont il a été victime, à l'occasion d'un concours pour le prosectorat, qui l'a dégoûté de cette voie. On retrouve là son genre de raisonnement ordinaire, une exactitude dans l'exposition des faits qui donne la mesure de sa véracité. Cette injustice, la voici : Il se fit inscrire en 1825 pour le concours en question; les pièces anatomiques étant terminées, on dut commencer les épreuves verbales; M. A. se dit alors malade. On remit le concours à près de deux mois pour lui donner le temps de se rétablir. Il répéta de nouveau que sa santé était toujours chancelante ce qui ne l'empêchait point de vaquer à ses occupations ordinaires. MM. Bérard aîné et Maréchal étaient ses concurrens, et certes on conçoit qu'en présence de semblables adversaires, il craignit d'entrer en lice. On passa donc outre, et voilà l'injustice qui a privé les concours de la présence de M. A.

M. A. dit que ses rivaux on fait supprimer un amphithéâtre qu'il avait établi à grands frais. On se figure à peine qu'un homme de sens fasse une supposition pareille. Ce prétendu amphithéâtre était un appartement où M. A. réunissait des chiens et toutes sortes d'animaux qu'il soumettait à diverses opérations. Comme il en résultait du trouble pour les voisins, des plaintes furent, à ce qu'il paraît, portées au préfet de police, qui défendit ce mode d'expérimentation, et cela lorsque personne parmi les habitués de l'École de Médecine ne songeait ni à M. A., ni à sa grande consommation d'animaux!

« On m'a réduit, dit-il, à ne pouvoir faire que des conférences dans ma propre maison, et encore.... on en médit.... Cependant ces réunions ont été honorées de la présence des Cooper, des Walker, des Mott, etc. »

Encore le contraire de la vérité! Vous pouviez, comme tous vos camarades, faire des cours dans les amphithéâtres de l'école pratique; jamais personne ne vous a mis d'entraves de ce côté, et hors de là il n'y a que la police générale qui ait pu se mêler de vos affaires. On médit de vos conférences et nous avons entendu nous-même en médire, par la raison qu'aux yeux de quelques gens elles ont paru avoir pour but de capter la confiance pratique des médecins à clientelle de Paris et des étrangers qui ne sont point au courant de nos habitudes, bien plus que de discuter sérieusement des questions scientifiques. Quant aux personnes qui les fréquentent, il y a de l'immodestie à s'en vanter, puisque c'est d'après une circulaire que vous leur adressez personnellement et en les prévenant que vous aurez quelque chose d'intéressant à leur montrer, qu'elles viennent y assister.

« Mes mémoires sur l'urèthre et sur la circulation de la bile m'ont valu l'honneur d'être nommé membre de votre compagnie sans être docteur. »

Ce que vous avez fait sur l'urèthre avait pour but de prouver que ce canal était droit. Or, c'était là une grossière erreur, que nous avons démontrée dans le temps et que vous n'oseriez plus reproduire à présent. Ce que vous avez dit de la circulation de la bile, d'autres l'avaient dit avant vous, et je ne vois pas que ce soit un si grand mérite que d'avoir profité pendant quelques années du patronage de deux hommes qui avaient été abusés par vos insistances trompeuses.

M. A. dit que personne n'a été plus sobre que lui de la publicité. Ici encore il feint de ne pas comprendre ce qu'on lui reproche. La publicité s'obtient actuellement de diverses manières. Quelques personnes s'en tiennent aux *annonces* pures et simples et aux *réclames*, d'autres emploient le *prospectus* et les *affiches*; quelques-unes trouvent des amis qui glissent diffé-

rens articles dans les journaux quotidiens. Admettons que vous ayez négligé ces moyens, en est-il de même des académies et des journaux de médecine? Avez-vous touché la plus petite question, pratiqué la moindre opération, sans que l'Académie des sciences et l'Académie de médecine en aient été instruites, sans qu'un petit article y relatif ait été distribué et inséré immédiatement après, dans toutes les feuilles médicales et même politiques? Un peu de retenue donc!—

M. A. dit, d'un autre côté, que la priorité d'une découverte est difficile à conserver : il cite en exemple la torsion des vaisseaux sanguins, l'opération pour l'anus artificiel et pour le bégaiement. On peut croire que là-dessus il a une théorie toute particulière, et c'est vraiment à en rire aux larmes, en le voyant prendre pour lui la priorité de la torsion des vaisseaux, de l'anus artificiel et de la section des muscles de la langue. Il faut que son but n'ait point été de soumettre sa brochure à des médecins.

M. A., qui se console des accusations portées contre lui par une lettre que lui adresse *un de nos plus spirituels collègues*, et dans laquelle on remarque cette phrase :

« Recevez mes complimens sincères, et moquez-vous des gens passionnés et jaloux, etc.»

Ne fait pas attention sans doute qu'*un de nos plus spirituels collègues* écrivait aussi à M. Giraudeau de Saint-Gervais le passage suivant :

« Je vous rends mille grâces pour la communication que vous m'avez bien voulu faire.... On juge comme vous en Angleterre, et telle est mon estime pour le bon sens de ce pays que vous seriez justifié à mes yeux par cette seule conformité de vue..... Soyez persuadé, monsieur, que personne n'honore plus que moi votre caractère et vos talens.»

Ne serait-ce pas le même collègue qui aurait écrit les deux lettres?

M. A. s'y prend au surplus d'une façon singulière pour montrer qu'on l'accuse à tort d'*industrialisme*. Il va prouver, dit-il, par des documens que l'article d'un journal a été complètement dénaturé, il cite, en conséquence, l'extrait de la *Gazette des Hôpitaux*; puis l'article même de la *Presse de Seine-et-Oise*. Ce qu'il y a de bien extraordinaire, c'est que l'article du journal de Versailles est cent fois plus choquant encore que ce qui en a été dit dans la *Gazette des Hôpitaux*. Au reste, nous allons faire quelques rapprochemens qui, sous divers rapports, édifieront le lecteur :

M. A.....

« Ma vie tout entière est une protestation contre mes adversaires, j'ai fait mon chemin très péniblement et par des moyens honorables, j'ai été nommé élève de l'école pratique, externe, etc...., au concours.....»

« Ma famille et mes amis m'ont souvent supplié de renoncer à ces débats, mais il y a un mobile supérieur à toutes ces influences : je crois la résistance aux mauvaises passions utile à la science et à ceux qui entrent dans la carrière, et qui pourraient se laisser décourager trop facilement ; je veux leur servir d'appui au besoin.»

Quel appui, grand Dieu! est-ce la multiplication des émules de M. Charles Albert que veut encourager M. A?

M. A.....

(Extrait de la *Presse de Seine-et-Oise*, vingt-et-un janvier mil huit cent quarante-et-un).

« Bien des personnes sans doute ignorent encore qu'on a découvert récemment le moyen de guérir la vue louche.»

N'oublions pas que cette découverte était déjà connue de tout le monde depuis plus d'un an.

« Ce moyen consiste dans une opération délicate comme tout ce qui intéresse l'œil, organe si faible, mais si simple et si peu douloureuse que c'est à ne pas croire..... vendredi dernier, M. B., *l'une des jeunes célébrités chirurgicales de Paris* (notez que cette célébrité est un excellent jeune homme qui, en sortant des bancs l'année dernière, est devenu le beau-frère de M. A., en épousant la veuve d'un ancien confrère) et qui, par de nombreuses opérations de cette nature a acquis une expérience qui paraît

M. Giraudeau de Saint-Gervais.

« Après avoir suivi les cours des plus célèbres professeurs, et les visites de l'hôpital Saint-Louis, de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, où j'ai été élève externe..., j'ai voulu connaître les diverses méthodes employées à l'étranger. J'ai visité les hôpitaux de Londres, d'Edimbourg, de Genève, de Rome, de Naples, de Palerme, etc.... et j'y ai puisé des documens qui m'ont servi à perfectionner la méthode que j'employais. »

« On doit des remercimens aux médecins qui ont attaché leur nom à leurs remèdes, car de leur efficacité dépendent l'honneur et la réputation des inventeurs... Puissent les nombreuses victimes, guidées par mes conseils, cesser de s'adresser aux charlatans et aux ignorans médicastres! »

M. G. de S.-G.

« Témoin des guérisons merveilleuses opérées sur un grand nombre de personnes, je me crois obligé par devoir, et comme interprète de la reconnaissance publique, de citer l'observation suivante : M. N., à sept lieues de Strasbourg, avait été traité d'une syphilis. Se jugeant en sécurité, il contracta mariage. Mais bientôt il survint à son épouse des tumeurs sur toute la surface de la tête ; elle y souffrit des douleurs continuelles, et tous les secours de l'art lui furent en vain prodigués. Enfin, le traitement végétal du docteur G. de S.-G., annoncé dans les journaux, parvint à la connaissance du mari, qui le fit prendre à son épouse. Au bout de huit jours, les tumeurs disparurent. Cette guérison causa à M. N. tant de satisfaction, qu'il se ren-

infaillible, s'est rendu dans notre ville chez le docteur T., pour propager le bienfait de cette découverte.

« C'était un spectacle vraiment touchant que de voir l'effusion avec laquelle leur reconnaissance s'exprimait envers M. B.; nous citerons surtout.... mademoiselle N., jeune personne de dix-sept ans, dont un des yeux, était tellement comprimé par la rétraction des muscles, qu'il était complètement privé de la vue. Aussitôt que le muscle a été coupé, elle a exprimé son étonnement d'apercevoir la main du docteur....

M. B. s'est rendu aux sollicitations dont il a été pressé.... Il se rendra de nouveau chez le docteur T., dimanche prochain à onze heures; des cas très curieux doivent lui être présentés. A., *le grand chirurgien*, beau-frère de M. B., assistait et assistera encore dimanche prochain aux opérations. »

dit chez le correspondant pour lui marquer son contentement... etc. » (Schæffer, chirurgien).

« Depuis long-temps, j'avais entendu parler de la méthode du docteur Giraudeau de Saint-Gervais, pour la guérison des maladies secrètes, même les plus invétérées. Pour la connaître, je lui adressai quelques-uns de mes malades qui avaient employé les remèdes le plus généralement suivis. En moins de deux mois tous ont été radicalement guéris. Depuis ce temps-là, je me sers constamment de la même méthode, et toujours j'en obtiens les mêmes résultats. Il est à désirer que tous les médecins philanthropes abandonnent à jamais... etc. » (Saraillé, médecin).

Ayant eu connaissance de l'orageuse séance académique, les rédacteurs du journal de Versailles qui, sans doute, ne connaissent point les réserves auxquelles sont obligés les médecins honnêtes dans l'exercice de notre profession, essaient, dans leur n° du 27 février, de justifier, tant bien que mal, MM. A. et B. Ces journalistes ont été mal informés.

« Plusieurs chirurgiens célèbres de Paris, disent-ils, n'avaient pas foi au succès des opérations relatives au strabisme et au bégaiement. »

Ils avancent là un fait sans fondement qui ne peut leur avoir été soufflé, et avec intention, que par M. A. Ils ajoutent que les *cent soixante-dix-neuf louches* et les *six bègues*, opérés à Versailles, ont la vue droite et la prononciation nette. Nous sera-t-il permis de demander à ces messieurs, comment ils ont pu s'assurer *par eux-mêmes* de ce qu'ils affirment ici? Les personnes qui savent combien il est difficile de retrouver dans un département ou dans une grande ville, un mois après leur guérison, deux cents malades qu'on a opérés, auraient besoin du moyen employé par MM. les rédacteurs du journal de Seine-et-Oise!

« Nos modestes feuilles ont été lues en pleine Académie, LUES, non, mais tronquées, mais altérées dans leurs termes et dans l'esprit de leur ré-

daction. Cette espèce d'annonce en *style de crieur public* n'est pas notre article. Nous déclarons formellement que personne n'a payé nos articles. »

On a lieu d'être étonné de ce langage, car on peut, en confrontant les passages, voir que ce qu'on a lu à l'Académie était textuellement pris dans le journal de Versailles. La susceptibilité des rédacteurs de ce journal prouve tout simplement qu'ils n'ont point compris la voie blâmable où on les poussait. Là-dessus ils n'ont d'ailleurs fait que ce que feraient volontiers tous les rédacteurs de journaux étrangers à la médecine, tous les gens du monde, qu'un médecin quelconque voudrait abuser. Ce qui est plus bizarre encore c'est que M. A., qui reproduit en entier ces articles de la *Presse de Seine-et-Oise*, comme pour en faire *une nouvelle réclame*, ne craint pas de mettre à la fin :

« Ainsi on voit, par les documens qui précèdent, que les accusations dirigées contre moi n'étaient qu'un prétexte. »

C'était si bien un prétexte, qu'un nouveau parallèle entre deux extraits pourrait bien par sa ressemblance déplaire, en toute conscience, à M. A...

M. A...

« Notre mission (*Presse de Seine-et-Oise*) est de porter à la connaissance de nos concitoyens les faits qui peuvent les intéresser; nous nous sommes *spontanément*, qu'on le sache bien, associés, non pas à ces messieurs, mais à leur œuvre bienfaisante; nous leur avons prêté le secours de la publicité sans la pensée de servir une *spéculation dont nous les croyons incapables*, et sans la crainte de soulever quelques mécontentemens. Nous nous sommes placés au-dessus de ces considérations mesquines, et nous avons l'orgueil de croire que, venus à notre voix recueillir les bienfaits dont ils jouissent aujourd'hui, plusieurs de nos concitoyens nous accordent une part de leur reconnaissance. C'est ainsi que nous sommes payés. »

M. G. de S.-G..,

Honneur soit donc rendu au docteur G. de S.-G., qui, depuis longtemps, consacre ses veilles à l'étude des maladies syphilitiques et à la recherche des moyens les plus propres à les guérir! Hommage lui soit rendu surtout, puisqu'il justifie par la bonté, la sûreté et la prompte influence de sa méthode végétale, la confiance que l'on met en ses talens; ce qui doit être pour lui une fortune, plutôt qu'un moyen de fortune: car c'est ainsi que nous devons interpréter les sentimens et les talens de l'auteur, d'après les connaissances que nous avons de sa personne, de son caractère et de ses ouvrages.

(Hanin-Demerson, docteur-médecin de la Faculté de Paris.)

Les rédacteurs du journal de Versailles et M. A. ignorent-ils que des lettres adressées par des tiers aux feuilles, soit politiques, soit scientifiques, sont un des moyens le plus souvent employés par le charlatanisme? A la lettre de

M. Schuster, par exemple, qui, dit « s'être fait opérer à plusieurs reprises, et *avec un plein succès* (le plein succès et à plusieurs reprises a quelque chose de tout-à-fait pittoresque), pour un strabisme congénial, consistant dans une déviation très forte de l'œil gauche, lequel strabisme fut opéré le 13 juillet 1840 (avec succès sans doute), par MM. A. et B., opéré de nouveau par les mêmes chirurgiens plusieurs mois plus tard, enfin opéré une troisième fois (toujours avec succès, on le devine); et qui fait un grand éloge des chirurgiens qui l'ont guéri! (*Gazette des Hôpitaux*, 1841, page 106), ne peut-on pas opposer les lettres que se fait adresser par douzaines M. Giraudeau de Saint-Gervais; celle-ci, par exemple :

« Interprète de la reconnaissance générale, je prends la liberté de vous écrire pour vous communiquer quelques notes prises sur deux malades, parmi le grand nombre de ceux qui ont réclamé vos conseils. M. R., commis-voyageur, atteint depuis long-temps d'un ulcère, a été guéri radicalement, après avoir employé votre traitement pendant trois mois, ce malade, n'étant pas retenu par la dépense, a préféré, pour être certain de la cure, doubler le temps nécessaire à son traitement. »

Que M. A. veuille donc y songer encore, et qu'il dise, après les remarques que nous venons de lui soumettre, si c'est sur ceux qu'il appelle ses adversaires ou sur lui-même qu'un blâme public doit être déversé. Témoins de tous ces tripotages, les médecins qui demandent sans cesse des lois sur l'exercice de la profession, qui se plaignent du charlatanisme, ne devraient-ils pas, avant tout, réprimer, par leur éloignement, ce dévergondage de l'industrie, au lieu d'encourager par leurs caresses ceux qui s'en rendent coupables! Quant à nous, nous ne reculerons pas devant la pénible mission de signaler à l'attention les actes de cette nature.

Toutefois, nous n'en aurions pas parlé si longuement aujourd'hui, si un membre de l'Académie n'avait point eu le malheur de se fourvoyer, au point d'autoriser sous ce rapport la comparaison de quelques-uns de ses actes avec la conduite habituelle des industriels de profession. Un autre chirurgien, que ses rapports avec un haut personnage, auraient dû retenir sur cette pente, mériterait le même blâme; mais, n'ayant vécu jusqu'ici qu'au milieu des camps, en Afrique surtout, entouré principalement des peuplades barbares de l'Algérie, il doit être assez peu instruit de nos mœurs et de nos habitudes, pour qu'on lui pardonne jusqu'à un certain point un tel abus de sa position actuelle.

Nous y reviendrons, s'il le faut, dans la suite. VELPEAU.

Concours pour la chaire de médecine opératoire à la Faculté.

Nous avons assisté à de belles séances consacrées à la discussion des thèses. Celles-ci sont, pour la plupart, d'excellens travaux que nous ne voulons pas examiner rapidement et que nous analyserons séparément comme nous ferions d'un ouvrage, dans notre prochain numéro.

Nous avons assisté ensuite à l'épreuve opératoire sans démonstration, et nous avons pu nous convaincre de l'habileté manuelle des quatorze candidats. C'était, au reste, une épreuve de minime importance, et regardée comme telle à-peu-près par tout le monde. Ceux qui font le mieux, c'est-à-dire le plus vite, dans ces sortes de cas, ne sont pas toujours ceux qui font le mieux d'une manière absolue, attendu que c'est un médiocre résultat d'arriver très rapidement à une artère, grâce à la dilacération violente des parties au moyen du doigt et de la sonde cannelée. Le sujet de l'épreuve était la ligature de l'artère sous clavière.

Hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce.

Plusieurs concours viennent d'avoir lieu dans cet hôpital. A la suite de l'un d'eux, M. H. Larrey a été nommé, à l'unanimité, professeur de pathologie externe au Val-de-Grâce. Cette nomination a été reçue avec enthousiasme, et il devait en être ainsi. M. H. Larrey porte avec distinction un des plus grands noms de la chirurgie française, et avait d'ailleurs remarquablement satisfait à toutes les épreuves du concours.

L'un de nos collaborateurs avait pris part à cette lutte. Nous nous rendons à son désir en nous abstenant de parler de lui en cette circonstance. Nous ne pouvons nous empêcher de dire toutefois qu'à l'unanimité aussi, le jury a demandé pour M. Marchal la création d'une chaire de professeur adjoint, à cette même et célèbre école du Val-de-Grâce.

A la suite d'un second concours, MM. Goffres et Scrive ont été nommés, l'un professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'hôpital d'instruction de Metz, l'autre, à la même chaire, à l'hôpital d'instruction de Lille. M. Goffres, qui joint à sa qualité de chirurgien militaire le titre de professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, avait fait partie du concours à la suite duquel M. Larrey a été élu, et y avait déjà fourni la preuve d'une érudition solide, de connaissances pratiques étendues, et d'une remarquable aptitude à l'enseignement. Quant à M. Scrive, les épreuves très satisfaisantes qu'il a subies, nous garantissent que la chirurgie militaire compte un professeur distingué de plus.

BIBLIOGRAPHIE.

A PRACTICAL TREATISE ON THE CURE OF STRABISMUS OR SQUINT BY OPERATION, ETC., ETC., ETC., by Bennet Lucas. *Traité pratique de la guérison du strabisme à l'aide de l'opération*, par Bennet Lucas, professeur de chirurgie, Londres, 1840.

Depuis quelque temps, la littérature médicale s'est augmentée d'une série de publications ayant trait à une question encore pendante, l'opération du strabisme. Dans quelques-unes d'elles, cette question se trouve traitée au point de vue chirurgical ; leurs auteurs cherchent à connaître et à déterminer la valeur de cette opération, et à poser les contre-indications qui pourront obliger le chirurgien à s'en abstenir. Cette manière de faire, à-la-fois pratique et scientifique, n'est assurément pas le côté saillant de certaines autres; dans celles-ci, le côté industriel est mieux entendu, la question chirurgicale n'est qu'un accessoire ou un laissez-passer. Les succès deviennent alors nombreux, les revers sont considérés comme imaginaires, et les contre-indications comme tout-à-fait illusoires. Ce genre de publication qui touche d'assez près aux réclames et aux annonces des médicastres nomades et des chirurgiens de carrefours, est malheureusement employé par des chirurgiens à la vérité d'un mérite obscur, mais qui, pour le moins, devraient respecter la position qu'ils occupent, et ne point se ranger dans la classe des banquistes. On comprend qu'un tel genre de travaux ne saurait nous occuper un moment.

Le livre que nous analysons est publié par un chirurgien qui pratiqua l'un des premiers, en Angleterre, cette opération ; on peut diviser cet ouvrage en deux parties. Dans la première, l'auteur envisage les conditions anatomiques de l'orbite et des parties contenues; dans la seconde, il aborde franchement la question pathologique.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur la disposition et la composition de l'orbite, M. Lucas examine avec soin la direction, l'insertion et l'action des puissances ou des muscles de l'œil. Cette partie de son sujet est traitée avec beaucoup de soin; l'auteur y fait ressortir l'opposition que les deux muscles obliques forment à l'action des quatre muscles droits agissant comme rétracteurs; il indique la distribution des nerfs de ces muscles et insiste sur les rapports qu'ils contractent avec le système sympathique, et avec les vaisseaux qui les entourent à leur origine ou dans leur trajet, circonstances, selon lui, importantes pour expliquer les strabismes résultant des lésions des premières voies ou autres; il termine cette partie de son livre en indiquant d'une manière précise l'insertion des muscles sur la sclérotique; il montre que leur

aponévrose de terminaison est d'une longueur différente selon le muscle qu'on examine. Les muscles droits supérieurs et inférieurs offriraient une aponévrose d'égale longueur, de là un antagonisme parfait; il n'en est pas de même pour le muscle droit externe et droit interne : le premier offre une aponévrose dont la partie centrale a trois lignes de longueur et quatre lignes à son bord supérieur ; celle du muscle droit externe présente six lignes pour la partie supérieure et inférieure. De ce fait, M. Lucas conclut que là où les aponévroses sont plus courtes, les muscles doivent avoir une action partielle ou totale beaucoup plus grande. L'auteur fait ensuite mettre ces muscles en connexion avec la conjonctive à l'aide de prolongemens aponévrotiques en forme de gaines qui se détacheraient du petit fascia qui renforce cette membrane. Ce point, dont la connaissance est d'une grande importance dans l'opération du strabisme, n'est pas tout-à-fait exact; ce ne sont pas seulement des gaînes fibreuses, mais aussi des prolongemens tendineux appartenant à chacun des muscles de l'œil. Ces espèces de *faisceaux tendineux* forment à chaque muscle un tendon accessoire se dirigeant en dehors, et allant s'insérer sur les bords de l'orbite ; pour le muscle droit interne et externe, à ces parties viennent encore se joindre les gaînes fibreuses des muscles, se détachant de l'espèce de fascia qui double la conjonctive, et que M. L. décrit.

La connaissance de ce point d'anatomie, tel que je viens de l'indiquer, appartient à *Tenon*, qui en donna une description minutieuse et complète dans ses mémoires d'anatomie (p. 194. *Observations anatomiques sur quelques parties de l'œil*). Je ne sais donc pourquoi, dans ces derniers temps, on s'est évertué à donner comme une découverte un point d'anatomie qui n'a pas même été décrit complètement. Ces faisceaux tendineux s'hypertrophient quelquefois, prennent un développement assez marqué pour pouvoir suppléer à l'action d'un muscle paralysé ou atrophié : tel était le cas, peut-être, de strabisme divergent cité par M. L., chez un individu dont le muscle droit externe était atrophié. On conçoit, dès-lors, l'importance qu'il y a de diviser dans une assez grande étendue ces lames tendineuses qui se développent en forme d'éventail, et dont l'intégrité aurait pour résultat de laisser subsister, en totalité ou en partie, la puissance musculaire qu'on voulait détruire.

Cette introduction anatomique annonce déjà un examen sérieux de la question en litige; dans la seconde partie, M. L. examine la question pathologique; il indique les différentes causes du strabisme; il signale, dans le nombre, l'hypertrophie du muscle droit interne, ainsi qu'une disposition pa-

thologique qui augmente sa vascularité, comme une des causes qui méritent quelque attention. Dans ce cas, lorsque le muscle est coupé, il va s'insérer plus loin sur la sclérotique et reproduit le strabisme; il indique ensuite le strabisme temporaire, occasioné par le dérangement des premières voies, par des affections nerveuses, par des maladies de la tête, par des affections éruptives, etc.; le strabisme par imitation, et à ce propos, il rapporte des faits d'individus devenus strabiques par cela seul qu'ils étaient en rapport avec des gens qui louchaient: vient, enfin, le strabisme par disparité dans la vision et le strabisme congénial. Cet examen, ainsi entendu, devra plus tard amener l'auteur à rejeter quelquefois l'opération, et constitue le plus imposant démenti donné aux chirurgiens qui annoncent l'infaillibilité de celle-ci. Tous ces genres de strabisme peuvent être convergens ou divergens; ces derniers sont les plus rares; ils peuvent être simples ou doubles. M. L. fait remarquer que souvent les strabiques louchent des deux côtés sans s'en apercevoir, ou bien l'un des côtés louche faiblement, tandis que l'autre louche à un degré plus prononcé; il arrive de là que l'œil reconnu strabique étant opéré, l'œil du côté opposé louche avec beaucoup plus de force; or, comme de toute nécessité ce fait a dû se présenter à l'observation d'autres opérateurs, et que certains d'entre eux n'en ont pas parlé, nous sommes forcés de conclure contre leur bonne foi, et de nous tenir en garde contre leurs assertions. A l'article traitement, M. L. passe en revue, avant de s'ar rêter à l'opération, les différens traitemens qu'on peut employer dans les div ers cas de strabisme; il ajoute: On rencontre un très grand nombre de cas dans lesquels l'opération n'est pas admissible, et dans lesquels on pourrait employer d'autres moyens. Si le chirurgien, avant d'opérer, ne s'enquiert pas des causes qui ont amené le strabisme, il sera coupable envers son malade, et il forfait à la dignité et à l'honneur de sa profession, en compromettant une opération utile (p. 55). M. L. examine ensuite le procédé opératoire, ainsi que les instrumens qu'on doit employer; il rejette de sa pratique les élévateurs, les spéculum, les abaisseurs, etc.; il se contente seulement de deux crochets, l'un mousse, l'autre aigu, et d'une paire de ciseaux; dans le commencement, il employait un bistouri étroit et pointu. Voici comment il opère: le malade assis est tenu solidement, un aide abaisse une paupière avec une main, et avec l'autre, il soulève la paupière supérieure; avant de la fixer, il lui imprime plusieurs mouvemens, afin d'habituer l'œil à cette pression; l'opérateur, la main droite armée d'un crochet aigu, cherche à l'enfoncer dans l'épaisseur de la conjonctive à deux lignes et demie de la cornée, et près de son diamètre transverse; cela fait, il change le crochet de

main, et avec de petits ciseaux, il fait à la conjonctive une incision de la longueur de quatre à six lignes au plus; il attend que l'écoulement du sang cesse, il cherche ensuite à passer le crochet mousse entre la sclérotique et le muscle qu'il soulève, et qu'il incise ou excise au besoin; l'opération finie, il peut arriver que l'œil ne tourne pas facilement en dehors; M. L. conseille alors de chercher et de diviser les brides restantes. Il fait remarquer qu'il est des cas dans lesquels la partie tendineuse indiquée est tellement adhérente à la sclérotique, que parfois il a été obligé de dénuder cette membrane dans une assez grande étendue. Cela eut lieu dans une douzaine de cas. On pourra prévoir cette disposition toutes les fois que la conjonctive est épaissie et qu'elle ne glisse pas facilement; dans ces cas, il y a des adhérences établies, et il faut s'attendre à quelques difficultés.

Le muscle coupé se retire dans l'orbite et contracte quelquefois des adhérences avec la sclérotique. M. L. en signale six cas; lorsque cela arrive, le strabisme reparaît, et on est obligé d'opérer le malade une seconde fois. L'auteur a été obligé d'agir ainsi sur un malade, cinquante jours après la première opération. C'est vers le dixième ou quatorzième jour, que cette adhérence s'opère, et c'est vers cette époque que le malade recommence à loucher.

Au nombre des accidens que cette opération peut entraîner, il signale l'inflammation, à la vérité rare, le bourgeonnement de la surface de la plaie, surtout chez les enfans; il dit avoir connaissance d'un cas d'abcès survenu après l'opération. Ces faits sont importans à indiquer, ils viennent abaisser un peu les prétentions des strabotomes infaillibles; si on croyait ces derniers, cette opération serait la seule en chirurgie qui ne fût pas quelquefois suivie d'accidens.

Pour terminer son travail, M. L. cherche à indiquer les causes qui ont fait échouer cette opération; dans le nombre, il range l'insertion du muscle à la sclérotique et la division incomplète des muscles ou des lamelles tendineuses décrites.

Telles sont, en résumé, les points principaux du travail de M. Lucas; disons, pour terminer, que son livre renferme des détails importans, qu'il mérite d'être lu et consulté, quoique, après tout, il n'ait pas résolu toutes les difficultés de la question. Si chacun mettait autant de soin à étudier le sujet que l'auteur en a mis à connaître les causes du strabisme, et à indiquer les revers opératoires, nous serions assurément sur ce point beaucoup plus avancés; mais grâce aux soins que certains chirurgiens mettent à occulter leurs insuccès, il se passera encore du temps avant que le dernier mot soit connu sur cette opération. GIRALDÈS.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

AMBROISE PARÉ ET G. DUPUYTREN,

PAR L. J. BÉGIN.

A quelque branche du savoir humain que se rapportent nos travaux, l'étude qui élève le plus l'esprit et le façonne le mieux à la juste appréciation des temps des hommes et des choses, est celle de l'histoire. En nous faisant assister aux découvertes, aux erreurs, aux déceptions de nos devanciers, elle nous dépouille de nos préjugés, nous initie aux lois du progrès, nous rend équitables envers notre époque. Lorsque, par elle, nous avons approfondi les causes qui amenèrent les sciences au point où nous les observons, il nous devient possible, non-seulement de pressentir leurs destinées futures, mais de contribuer, dans les limites de notre puissance intellectuelle, à leur imprimer une marche philosophique, sans laquelle il n'y a pas de véritable perfectionnement.

Comme les empires, les sciences ont eu leurs révolutions, leurs périodes d'origine et d'enfance, d'accroissement et de splendeur, de décadence et de sommeil. Leur flambeau s'est allumé et s'est éteint successivement, à des époques diverses, par l'effet d'influences variées, dans presque toutes les contrées du globe. Elles ont obéi, de siècle en siècle, à quelques hommes privilégiés qui les entraînèrent dans des directions tantôt rationnelles et fécondes, tantôt erronées et stériles. Plus

étroitement unie que les autres sciences aux intérêts immédiats de l'humanité, la médecine présente, dans ses vicissitudes, chez les anciens et les modernes, des caractères spéciaux. Entre toutes, elle offrit aux génies presque divins qui la créèrent ou l'agrandirent, durant les premiers âges, les récompenses les plus pures, les renommées les plus durables. Nulle autre n'a transmis aux générations des noms honorés d'une vénération plus universelle. Mais, par une juste compensation, aucune science ne perd plus de sa dignité, lorsqu'elle devient pour ceux qui la cultivent, non un instrument mis à la disposition de l'homme pour soulager ses semblables, mais un moyen de satisfaire des instincts égoïstes d'amour-propre ou de cupidité. Au lieu d'ennoblir et d'élever le praticien, la médecine alors le rejette dans cette fange sociale où s'élaborent les plus viles spéculations sur l'ignorance, la crédulité ou la faiblesse des hommes. Plus la mission est sainte, et plus les exagérations calculées, les annonces mensongères, les manœuvres du charlatanisme, qui déshonorent ceux à qui elle est confiée, doivent être impitoyablement flétries par l'opinion publique et par l'histoire.

Il est remarquable que les époques où les nations ont jeté le plus vif éclat, et firent le plus de progrès dans la civilisation et dans les sciences, ne sont pas celles où la paix a été le plus profonde, et la tranquillité publique en apparence le mieux assurée. Les passions sont inséparables des hommes : si une voie leur est fermée, elles débordent vers d'autres; et pour avoir changé de mode de manifestation, leur existence et leur autorité ne sont pas moins réelles. Nobles et généreuses, elles produisent de grands et nobles résultats; individuelles et mesquines, elles morcèlent les intérêts, détruisent à leur source les pensées élevées, et conduisent les hom-

mes à cette avidité insatiable dont finissent par ne plus rougir ceux qui s'habituent à ses déplorables inspirations. Pendant les grandes luttes nationales, politiques ou religieuses, les esprits éminens dans tous les genres sont sollicités à l'action ; l'attaque ou la défense des principes, des doctrines, et même des territoires, exigent le concours de tant de courages, de talens et de lumières, que les hommes doués de quelque valeur trouvent partout des services à rendre, des progrès à proposer ou à mettre en pratique. Et les arts eux-mêmes, participant à cet admirable concert des intelligences et des vertus, créent des chefs-d'œuvre qui perpétuent le souvenir des grandes actions qui les inspirèrent.

Ces réflexions, que suggère l'histoire entière des sciences, sont justifiées par les époques où fleurirent les deux hommes dont je me propose de rappeler ici les travaux. Ambroise Paré (1), au milieu des luttes religieuses, des convulsions de la guerre civile ; Dupuytren (2), après les orages de la république, et durant les gigantesques entreprises de l'empire, obéirent à la puissante impulsion intellectuelle qui se fit sentir de leur temps, et prirent une part glorieuse aux travaux qu'elle provoqua. L'analyse étendue des écrits de l'un et les leçons de l'autre serait superflue dans cet article ; je préfère examiner comment ils servirent la science, les comparer entre eux dans l'exercice de l'art, sur les théâtres

(1) *Œuvres complètes d'Ambroise Paré, revues et collationnées sur toutes les éditions avec les variantes ; accompagnées de notes historiques et critiques, et précédées d'une introduction, sur l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident, du* VIe *au* XVIe *siècle, et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré,* par J.-F. Malgaigne, Paris, 1840-1841, 3 vol. grand in-8, avec 217 planches et le portrait de l'auteur.

(2) *Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris,* par M. Dupuytren, recueillies et publiées, par les docteurs Brière de Boismont et Marx, deuxième édition, Paris, 1839, 6 vol. in-8.

où le basard les plaça, et signaler les caractères différens que les deux époques imprimèrent aux productions de leur génie.

Ambroise Paré et Dupuytren furent tous deux des hommes d'action : ils puisèrent leur plus grande autorité et leur moyen d'influence le plus actif sur leurs contemporains dans une expérience étendue, fécondée par la réflexion, dans une habileté pratique incontestée, provenant du long et continuel exercice de l'art. C'est là ce qui les distingue éminemment : l'homme scientifique est presque complètement effacé en eux par le praticien, et leurs titres de gloire sont presque tous des innovations ingénieuses apportées au traitement des maladies ou à l'exécution des opérations chirurgicales.

Paré, arrivé fort jeune, et presque complètement illettré à Paris, continua pendant trois ans l'étude de la chirurgie à l'Hôtel-Dieu, et suivit les leçons des maîtres qui florissaient alors. Comme un assez grand nombre de chirurgiens de l'époque, il fut ensuite attaché à des grands seigneurs, et les suivit dans les expéditions de guerre, qui étaient alors le théâtre le plus varié et le plus fécond de la pratique. La chirurgie n'était guère enseignée scientifiquement que par les médecins, gens doctes sans doute, mais qui auraient dédaigné, si d'ailleurs la règle ne l'avait défendu, d'appliquer les préceptes qu'ils développaient. Humbles serviteurs de la faculté, les barbiers s'immisçaient dans le traitement des maladies par usurpation plus que par droit, et les chirurgiens proprement dits, membres du collège Saint-Côme, battus dans leurs luttes opiniâtres contre les médecins, étaient les seuls représentans de l'art, éclairé et dirigé par des doctrines scientifiques.

La littérature chirurgicale ne se composait guère, au commencement du XVIe siècle, que de traductions des

anciens, des ouvrages de Lanfranc, de Guy de Chauliac, de J. de Vigo, qui étaient lus, expliqués et commentés dans les écoles. Quelques observations originales, beaucoup de controverses, de subtilités et de distinctions futiles, formaient la partie principale de cet enseignement comme de la science. Paré, élevé au fond de sa province, étranger à toute instruction scolastique, ne connaissant encore que la partie active ou manuelle de l'art, parut alors avec un puissant génie d'observation, une sagacité peu ordinaire, une raison forte, une indépendance d'esprit relativement remarquable. Il dut à ses heureuses qualités, soutenues par une ardeur infatigable pour le travail, les succès qui honorèrent sa carrière. Les lettres ne furent cultivées par lui qu'à une époque de sa vie déjà avancée, durant les courts loisirs que lui laissaient ses voyages, ou à Paris, ses nombreuses occupations ; et si leur influence se fait sentir dans ses écrits, du moins furent-elles impuissantes pour détruire complètement les habitudes d'examen et de confiance en l'autorité de l'expérience et des faits, qui avaient été le résultat de ses premières impressions.

Au XIXe siècle, la chirurgie était non-seulement riche, mais surchargée de matériaux. Les anciens, sinon dédaignés, étaient temporairement délaissés pour les études directes de la nature. L'observation des maladies, les cliniques, les vivisections avaient tellement multiplié les faits, les préceptes et les doctrines que l'autorité scientifique avait perdu presque tout son prestige, et que l'esprit d'indépendance, qui devait faire encore des progrès, remettait, souvent à bon droit, en question, les pratiques en apparence les plus solidement établies. Il n'était plus besoin de découvrir les grandes vérités anatomiques, physiologiques et chirurgicales

qui sont la base de l'art, mais de réviser ses différentes parties, de rectifier les erreurs échappées à de premières observations, de séparer des lésions encore confondues entre elles, enfin de signaler quelques maladies restées jusque-là inconnues. Dans la pratique, les principaux jalons étaient établis; il s'agissait surtout de déterminer le choix à faire parmi les moyens de traitement proposés, d'ajouter des perfectionnements aux procédés décrits, de créer, pour les maladies imparfaitement étudiées, ou nouvellement découvertes, des indications rationnelles et des modes opératoires judicieusement calculés. Telle était la tâche de critique et d'améliorations progressives que le siècle présent avait reçue des âges antérieurs, et que Dupuytren contribua puissamment à lui faire remplir.

Dupuytren, après de bonnes études classiques, arriva au point par où débuta Paré; mais il évita le noviciat du chirurgien-barbier de Laval, et se présenta d'abord à l'Hôtel-Dieu, source toujours abondante de précieuse expérience et de solide instruction. Toutes les entraves à l'étude, toutes les rivalités professorales avaient disparu : il n'eut à s'occuper que de la nature et de l'art. D'abord anatomiste, il enseigna bientôt cette science, puis devint opérateur, et finit par être grand praticien. Paré après des dissections telles qu'on les pratiquait de son temps, c'est-à-dire, selon toutes les probabilités, assez superficielles et grossières, se livra tout entier à la pratique, et n'enseigna jamais.

Paré, chirurgien militaire ou praticien dans la ville, n'exerça d'influence que par ses écrits; Dupuytren, chirurgien en chef d'un hôpital rendu célèbre par tant d'illustres prédécesseurs, était au centre du mouvement chirurgical, et agissait, chaque jour, sur la foule, par ses paroles et par

l'exemple. Les livres du premier se répandaient lentement, excitaient des critiques, auxquelles il n'opposait que des réponses tardives quoique victorieuses ; la chaire incessamment retentissante du second lui permettait de saisir et de réfuter ses adversaires aussitôt qu'il le jugeait convenable, en restant maître de l'occasion et de l'opportunité. A peine imaginés et mis en pratique, ses procédés étaient recueillis par ses élèves, consignés dans des journaux, décrits dans des traités sur la matière, et ses succès proclamés par tant de moyens, excitaient les praticiens de toute l'Europe à l'imitation. Ces circonstances expliquent la lenteur avec laquelle les meilleures inspirations de Paré, telles que la ligature immédiate des artères, et même le traitement rationnel des plaies par armes à feu, furent adoptées, tandis que Dupuytren a, de son vivant, recueilli par la sanction presque générale, le fruit de la plupart de ses travaux.

La grande et noble figure d'Ambroise Paré brille au milieu de celles de ses contemporains par toutes les vertus de sa profession. Il était bon, simple, profondément religieux, rapportant ses succès non à son habileté, mais au maître de toutes choses, qui avait bien voulu bénir ses efforts, et qu'il prie dans maint passage de lui continuer ses bontés. Après Dieu, l'humanité recevait son culte de chaque jour. Dans aucun livre, on ne voit plus que dans les siens s'épandre une charité infatigable : il pansait et soignait avec un égal empressement étrangers et Français, serviteurs et maîtres, pauvres et riches, huguenots et catholiques. Souvent il répète que c'est en vue du bien public, pour contribuer au soulagement des hommes, et rendre grâce ainsi au créateur des connaissances qu'il lui a été donné d'acquérir, qu'il écrit ses ouvrages et les présente au jeune chirurgien. C'est cette

double inspiration de piété et d'amour pour ses semblables, qui excitait son dévoûment à la science, et le portait à lui consacrer son temps, à s'imposer un travail opiniâtre, et même à lui faire des sacrifices qui durent diminuer sa fortune.

Paré fut universellement estimé : il inspira la confiance et une sorte de respect bienveillant à ses contemporains de toutes les conditions, depuis les rois et les généraux jusqu'aux plus simples soldats. Il parle avec simplicité, mais avec un juste sentiment d'orgueil, du rang qu'il occupait parmi ses confrères, de son intimité avec les plus doctes d'entre eux, même avec les médecins, de l'autorité qu'ils accordaient à son âge et à son expérience, et qui était telle que, pendant long-temps, aucun cas grave de chirurgie ne se présenta par la ville qu'il ne fût appelé, soit pour y remédier, soit pour y donner conseil.

Comme Paré, Dupuytren fit beaucoup pour la chirurgie. Durant trente années, on le vit un des premiers à l'Hôtel-Dieu de Paris, n'en sortir qu'après avoir accompli, avec la plus scrupuleuse exactitude, la tâche laborieuse à laquelle il s'était voué. Près de la moitié de ses journées était employée à la visite des malades, à la pratique des opérations, à la consultation gratuite pour les pauvres, et nul ne sut appliquer avec autant de bonheur les diverses parties de ce service pénible et compliqué à l'instruction des élèves. Dupuytren se complaisait à l'Hôtel-Dieu ; il y régnait : rien n'égalait le calme, la facilité, l'élégance de sa diction, la clarté et la puissance de sa logique, la rapidité et la sûreté de son coup-d'œil, l'assurance et le sang-froid qu'il déployait pendant les opérations. C'est à juste titre que ses contemporains l'ont placé, et que la postérité le maintiendra au premier rang parmi les chirurgiens de son époque.

Mais, chez Dupuytren, le mobile de tant d'efforts et de labeurs n'était ni le sentiment religieux, ni celui de la charité chrétienne : il poursuivait la renommée, il voulait la gloire. Être le plus célèbre et le plus riche des chirurgiens de son temps était devenu le but ultime de son ambition. La bonhomie si remarquable de Paré lui était étrangère; ses actions les plus indifférentes comme les plus graves : la parole, les gestes et jusqu'à certaines habitudes qu'il avait adoptés, étaient le résultat de l'étude, et parfois attentivement calculés. L'homme s'était, en quelque sorte absorbé par le grand chirurgien : il voulait tenir et conserver le sceptre de sa profession ; nul ne le porta d'une main plus ferme ; mais nul ne s'imposa, pour l'obtenir, des sacrifices plus rudes et plus nombreux.

Les œuvres d'Ambroise Paré et les leçons de Dupuytren doivent être lues et méditées dans des vues différentes. Les unes nous initient à la connaissance d'un passé déjà éloigné, sur lequel règnent en grand nombre des opinions inexactes; les autres sont remplies d'actualité, de préceptes et d'enseignemens immédiatement applicables, que le chirurgien ne saurait ignorer sans s'exposer à de graves erreurs, et qu'il ne trouvera dans aucun livre rassemblés avec autant d'ordre et de netteté que dans celui que viennent de publier MM. Brierre de Boismont et Marx.

Au point de vue de l'histoire, les œuvres d'Ambroise Paré telles que les présente l'édition nouvelle, due aux soins éclairés, aux recherches patientes et à la saine critique de M. Malgaigne, est un livre des plus remarquables, qui manquait à notre littérature, et dont le succès encouragera sans doute des entreprises du même genre. Dans toutes les divisions des sciences, et spécialement en médecine, les

livres sont devenus tellement nombreux que la vie d'un homme, si laborieux qu'on le suppose, ne saurait suffire à leur étude. Maîtrisés par les exigences de la clientelle, obligés de suivre la publication des travaux contemporains les plus importans, les chirurgiens-praticiens n'ont que rarement assez de loisirs pour consacrer beaucoup de temps à des recherches ou à des lectures rétrospectives. Et il faut bien le dire, les sciences médico-chirurgicales ont, de nos jours, éprouvé de telles transformations ; les idées, les doctrines, les systèmes, et jusqu'au langage qui ont cours aujourd'hui, diffèrent tellement de ce qui existait il y a moins d'un siècle, que, poursuivies au-delà de certains limites, les études historiques n'offrent plus qu'un intérêt de pure curiosité.

De là, la vogue croissante des biographies, des abrégés historiques, des histoires spéciales pour les diverses branches de la science. Mais ces écrits, dont quelques-uns ont un mérite incontestable, exposent cependant à des erreurs et à des déceptions. Les jugemens les mieux motivés, les extraits les plus consciencieusement faits, les expositions les plus complètes des opinions et des doctrines, tout cela est encore sujet à erreur. C'est que chacun apprécie les travaux d'autrui d'après son propre jugement, et trouve dans ses croyances le criterium auquel il rapporte toutes les opinions. Aussi, les assertions des bibliographes et des critiques sur les différens ouvrages, toutes les fois, bien entendu, qu'ils ne se sont pas copiés les uns les autres, sont-elles si variables et parfois si opposées, qu'il est impossible de les concilier sans recourir aux écrits originaux.

Pour connaître une époque, il est indispensable de lire quelques-uns des grands écrivains qui lui appartiennent. Alors seulement, on se fait une idée exacte de sa philoso-

phie, de ses préjugés, de ses opinions, des vérités et des erreurs qui avaient cours pendant sa durée. L'histoire, si complète qu'on la suppose, ainsi que le fait observer M. Malgaigne, ne représente pas les objets mêmes, mais seulement l'impression qu'en a reçue l'historien. De là, l'idée qui nous paraît des plus heureuses, de reproduire, pour chaque grande période de l'art, les auteurs les plus remarquables, en y rattachant, dans des notes ou des introductions spéciales, les observations et les doctrines des praticiens du second ordre. Si ce plan, exposé par M. Malgaigne, était réalisé tel qu'il l'a conçu, nous posséderions une encyclopédie chirurgicale qui manque à nos bibliothèques, et que les collections antérieures ne sauraient remplacer, parce que, rédigées sans goût, pour la plupart, ou vieillies et depuis long-temps épuisées, elles ne sont plus en rapport avec nos besoins.

Dans l'introduction placée en tête des œuvres de Paré, M. Malgaigne a retracé avec un talent remarquable les phases principales de cette partie de l'histoire de l'art qui s'étend du VIe siècle jusqu'à la moitié du XVIe. Il a montré, dans de justes limites, l'influence des institutions sociales, des qualités des souverains et de l'esprit des peuples sur l'origine, la splendeur et la ruine des écoles chirurgicales. Sans se laisser entraîner à des excursions trop étendues, il a dévoilé l'étroite union de la chirurgie et de la médecine avec les autres sciences, et avec l'ensemble de la civilisation.

Un point de cette intéressante narration a heurté, je l'avoue, des croyances que je regardais comme tellement fondées que j'aurais peine, encore maintenant, à les abandonner. Il s'agit du collège de chirurgie de Saint-Côme, mis en parallèle avec la corporation des barbiers. Je me plai-

sais avec Louis, Peyrilhe, Percy, M. Villaume, et autres écrivains estimés pour leur science et leur bonne foi, à considérer ces chirurgiens de robe longue, ainsi qu'on les appelait, comme les conservateurs d'une moitié de l'art de guérir, séparée de l'autre moitié par les préjugés cléricaux. Je me représentais leur collège comme un foyer de savoir, de dignité, de saines doctrines; les barbiers, au contraire, m'apparaissaient comme une association turbulente d'hommes sans lettres, sans instruction, incapables de séparer l'exercice de la partie de l'art qu'ils usurpaient de celui de leur vulgaire profession. M. Malgaigne renverse toutes ces idées. Pour lui, les chirurgiens du collège sont des ignorans qui n'ont rien fait pour l'art, et que la faculté châtie à bon droit de leurs prétentions exorbitantes et de leurs tracasseries; les barbiers, par opposition, gens dociles, soumis et laborieux, que la faculté éclaire, représentent la partie vivace et progressive de l'art, qui leur devra ses destinées futures.

Je l'avoue, il me faudra quelque temps, et de nouvelles études, pour me familiariser avec les idées de notre jeune historien. Dans son livre même, je ne puis qu'applaudir aux efforts des chirurgiens du collège, pour secouer le joug des médecins et se constituer en faculté, directement soumise à l'université. Si cette révolution, empêchée par les malheurs et les préjugés des temps, non moins que par l'anarchie générale, avait eu lieu, les travaux et les progrès de l'Académie royale de chirurgie auraient été probablement hâtés de plusieurs siècles. Et ce qui me fait croire encore que les barbiers eux-mêmes ne tenaient pas beaucoup à conserver leur titre, c'est qu'ils se faisaient, toutes les fois que leur instruction le permettait, affilier à la société de leurs maîtres.

Mais je n'insiste pas sur ce point. L'introduction de M. Malgaigne est, à elle seule, une œuvre capitale, qui se distingue par la forme d'une narration toujours animée, par une variété d'aperçus qui ravive incessamment l'intérêt, et par l'inattendu des conclusions, dont l'esprit est séduit, alors même que la raison ne les adopte pas toutes.

Les œuvres d'Ambroise Paré comprennent, à la manière des grands ouvrages des anciens, tout ce qu'il était alors utile de connaître pour pratiquer la chirurgie. C'est une collection de livres distincts sur toutes les parties de la science, depuis l'anatomie et la physiologie jusqu'aux opérations chirurgicales et à la préparation des médicamens. La chirurgie proprement dite en occupe la plus grande partie : les livres des tumeurs en général et en particulier ; des plaies sanglantes en général et selon les régions ; des plaies d'arquebuses ; des contusions, combustions et gangrènes ; des ulcères, fistules et hémorroïdes ; des bandages, des fractures, des luxations, des opérations chirurgicales, de la vérole et de la prothèse lui appartiennent. Paré y a joint des livres sur les maladies des femmes, les accouchemens, la génération et même les monstres et les prodiges. Enfin, avec beaucoup de précautions oratoires, non sans s'excuser de la licence grande, et justifier ses intentions, Paré traite des fièvres en général et en particulier, de la petite-vérole et de la lèpre, des venins et de la peste. Il termine cette longue série de travaux par son apologie et l'énumération de ses campagnes ; histoire d'une vie laborieuse, consacrée au bien public, et dont tous les biographes se sont servis avec d'autant plus de confiance que jamais elle n'a été soupçonnée d'exagération.

A l'époque actuelle, le plan suivi par Paré ne pourrait plus être réalisé, tant les sciences médicales sont riches de faits et

surchargées de détails. Aussi ne peuvent-elles être traitées convenablement que par des hommes spécialement livrés à leur étude. Dupuytren n'a dû et n'a guère pu être que chirurgien, et sa tâche, surtout telle qu'il l'a remplie, était encore assez vaste. Dans ses admirables leçons, il a touché à presque toutes les parties de l'art, et a laissé sur toutes l'empreinte de son esprit exact, et de la sûreté de son coup-d'œil. Les leçons publiées par MM. Brierre de Boismont et Marx peuvent être considérées comme des œuvres complètes, parce qu'ils ont uni aux leçons proprement dites, plusieurs écrits inspirés par Dupuytren, ou qu'il avait rédigés et publiés, à diverses époques, séparément ou dans plusieurs recueils : tels sont les travaux sur l'anus contre nature, les abcès, les luxations congéniales du fémur, etc. La collection ainsi agrandie, en reproduisant toute la doctrine du maître, est devenue plus précieuse, et prendra place à la suite des œuvres de J.-L. Petit, des mémoires de l'Académie royale de chirurgie, des œuvres de P.-J. Desault, et du grand ouvrage de Boyer, comme continuant la série des écrits les plus indispensables à méditer sur toutes les parties de la chirurgie.

En comparant les œuvres du grand praticien qui mérita le titre de père de la chirurgie française, aux leçons du maître illustre dont nous déplorons la perte encore récente, on est frappé du nombre et de l'importance des richesses acquises durant les trois siècles qui les séparent l'un de l'autre. En traitant des fractures, des maladies des articulations et des os, Paré n'avait pas parlé d'une foule de lésions sur lesquelles les chirurgiens postérieurs, et Dupuytren en dernier lieu, jetèrent des lumières si vives. La même remarque s'applique aux anévrysmes, aux ligatures des principaux troncs artériels, aux anus contre nature, aux kystes de tous les genres, aux

résections, maladies ou opérations encore ignorées, ou sur lesquelles la science ne possédait, au XVIᵉ siècle, que des notions confuses. C'est surtout dans les traités concernant les matières dont ils se sont occupés avec le plus de prédilection, que les différences entre l'art au temps de Paré, et de l'art à l'époque de Dupuytren, deviennent sensibles. On ne peut lire parallèlement sans intérêt, sous ce rapport, ce que tous deux ont écrit sur les plaies par armes à feu, les amputations, les brûlures, la taille, les hernies étranglées, un grand nombre de tumeurs, et plusieurs autres maladies également importantes. On admire toujours la sagesse, la réserve, la perspicacité du vieux praticien qui recréa l'art moderne; mais dans son successeur, ces qualités éminentes sont rehaussées et mises en relief par une exactitude, une clarté, une précision, une marche logique, dues au perfectionnement des méthodes, aux progrès de l'anatomie et surtout de l'anatomie pathologique, enfin, à une connaissance des faits que le génie lui-même ne pouvait devancer.

On ne peut lire les livres d'Ambroise Paré sans les aimer, sans désirer y revenir, tant leur étude est attrayante. En traitant des plaies d'arquebuse, Paré débute comme Dupuytren, par l'énumération des armes à feu, et l'indication de la forme, du volume, de la matière des projectiles de guerre. On sourit à ses naïves imprécations contre les inventeurs de cette misérable boutique et magasin de cruauté, d'où peuvent sortir tant de damnables moyens de tuer les hommes. Ce traité est un chef-d'œuvre d'observation et de sagacité; les ouvrages postérieurs ne contiennent rien de plus judicieux et de plus exact, concernant l'inutilité de la cautérisation des plaies par armes à feu, l'absence de toute vénénosité dans leur trajet, les causes et l'enchaînement des phénomènes locaux

et généraux qui les accompagnent, les moyens à employer pour les conduire à la guérison.

Aucune partie de la chirurgie ne fut étrangère à Paré : il croyait que l'esprit de l'homme est assez étendu pour embrasser avec succès et pratiquer d'une manière utile aux malades l'ensemble de l'art. Il traite des maladies des yeux, de la bouche et des dents avec autant de détails, et en donnant autant de preuves d'expérience et de jugement exquis que s'il eût été exclusivement oculiste ou dentiste.

Paré croyait que le chirurgien doit en même temps être médecin dans toute l'acception du mot; mais la faculté ne plaisantait pas, et il dut prendre, ainsi que je l'ai déjà dit, maintes précautions pour faire tolérer ses impiétemens sur le domaine défendu. Malgré son attention à recommander d'appeler, avant de recourir à aucun traitement particulier ou local, même dans les cas de plaie, de panaris, et d'autres affections du même genre, le docte médecin, le prudent médecin, qui devra faire purger ou saigner le malade, et ordonner sa manière de vivre, il paraît qu'il fut quelquefois admonesté. Il avait bien prévu, dit-il, que le traité des fièvres, dont quelques échantillons avaient paru autrefois, donnerait à quelques-uns l'occasion de le blâmer et le reprendre de ce qu'il tâchait d'instruire les chirurgiens en une maladie qui n'est point de leur gibier, qui est hors de l'étendue de la chirurgie, et appartient proprement au médecin. J'ai trouvé bon, dit-il, la censure de l'école de médecine de Paris, comme étant celle qni nourrit et élève les plus beaux esprits qui soient en médecine, qui distribue la pure et vraie doctrine d'Hippocrate et de Galien, et pour mon particulier m'a enseigné et donné le peu de savoir que je désire communiquer aux autres. Mais Paré ressemblait ici à ces impies qui reçoivent humblement

les réprimandes de l'église et ne continuent pas moins leurs déportemens. Il ne traite, dit-il, des fièvres que pour que le jeune chirurgien tarde moins à les reconnaître, et comprenne mieux et plutôt la nécessité d'appeler le médecin dont l'office est de leur opposer les remèdes convenables; ce qui ne l'empêche pas de décrire très au long les symptômes de chaque espèce de fièvre, leur curation, et les moyens propres à combattre, en particulier, chacun des phénomènes dangereux qui peuvent les accompagner. Ce livre, peu remarqué, est un des plus étendus et des plus instructifs qui soient sortis de la plume de Paré.

Fidèle en cela aux traditions de ses prédécesseurs, notre bon veillard s'efforce de mettre à l'abri de l'autorité des anciens, les préceptes que lui avait suggéré son expérience. On conçoit, en effet, que des hommes à demi barbares, illuminés tout-à-coup par les écrits des Arabes, et par les traductions des Grecs et des Latins, aient dû considérer comme des oracles à-peu-près infaillibles les auteurs de tant de productions qu'ils pouvaient à peine comprendre. Aussi, pendant plusieurs siècles, les discussions scientifiques ne furent-elles que des oppositions d'autorités. Il s'agissait bien moins d'interroger la nature, que de feuilleter, de commenter et de torturer des livres. Paré, un des premiers se dégage, mais avec hésitation et timidité, de ces entraves imposées à la raison : il réfute les erreurs relatives aux propriétés merveilleuses attribuées à la mumie et à la licorne pour guérir les plaies et neutraliser les venins; mais il énumère avec complaisance les anciens et les modernes qui ont préconisé la ligature immédiate des artères, et tombe dans les excès d'une crédulité puérile lorsqu'il s'agit des monstres, des prodiges et des sortilèges. Il y a, dit-il, des sorciers et enchan-

teurs, empoisonneurs, vénétiques, méchans, rusés, trompeurs, lesquels font leur sort par les pactes qu'ils ont faits aux démons, qui leur sont esclaves et vassaux. Ils corrompent le corps, la vie, la santé, et le bon entendement des hommes. Par quoi il n'y a peine si cruelle qui peut suffire à punir ces sorciers : d'autant que toute leur méchanceté et tous leurs desseins se dressent contre la majesté de Dieu, pour le dépiter, et offenser le genre humain par mille moyens. Ce livre est curieux sans doute, ainsi que le fait remarquer M. Malgaigne, mais il le serait tout autant, si Paré s'y était montré plus en avant de son siècle, et si sa bienveillance avait reculé devant les terribles conséquences de ses jugemens ; car, il ne faut pas s'y tromper, la réprobation qu'on vient de lire, en tombant sous les yeux des chirurgiens ignorans de l'époque, devait corroborer la haine contre les sorciers, et se traduire souvent par des supplices et la mort.

Paré n'est pas prodigue d'observations particulières. Les anciens, et leurs successeurs jusqu'à des temps voisins de nous, se sont généralement bornés à relater les faits qui leur semblaient intéressans comme rares, merveilleux, ou propres à démontrer l'excellence des moyens curatifs qu'ils adoptaient. Paré ne se fait pas scrupule d'ajouter à ces observations instructives quelques anecdotes plaisantes, que le naturel et la joviale malignité de son récit rend plus piquantes encore. Dans son livre, les observations rompent par une agréable diversion la sécheresse des descriptions ou des explications scientifiques, et reposent l'esprit, tout en y gravant plus profondément les préceptes auxquels elles se rapportent. Aussi sont-elles toujours rédigées avec une grande concision, sous une forme ordinairement dramatique, et de manière à mettre particulièrement en saillie la

portion des faits sur lesquels doit se porter l'attention du lecteur. Mais cette sobriété de bon goût, dans le nombre et dans l'étendue des relations des faits médicaux et chirurgicaux, semble se perdre rapidement et nous devient chaque jour plus étrangère. De ce que l'art doit s'appuyer sur des faits, est-ce donc, je le demande, une raison pour multiplier les observations individuelles avec tant de prodigalité, pour les surcharger sans mesure de tant de récits insignifians ou oiseux, insupportables à lire, impossibles à conserver dans la mémoire? Je connais des livres qui n'ont guère coûté d'autre travail que celui de coudre les unes aux autres, par quelques considérations vulgaires, d'interminables rédactions d'élèves, dont le zèle, quelque grand qu'il soit, ne saurait égaler l'inexpérience. Et l'on semble attacher de la valeur aux narrations de tels néophytes! Comme si la nature n'exigeait pas, pour être bien vue et décrite avec exactitude, la réunion, malheureusement rare, d'une grande habileté, mûrie par l'habitude d'observer, et servie par un grand talent d'exposition. Si Morgagni avait adopté la luxueuse prolixité de quelques-uns de nos compilateurs de faits, son livre occuperait trente volumes et ne serait connu de personne.

Je n'ajouterai plus qu'un mot, c'est que le monument élevé à Paré par la reproduction de ses œuvres, ne laisse rien à désirer comme exécution. La correction du texte y est unie à la reproduction des variantes; les matières sont distribuées selon leurs plus grandes analogies; les gravures sur bois, intercallées à la manière des auteurs de l'époque, sont faites avec une délicatesse et une perfection toutes modernes; enfin, l'éditeur et le libraire n'ont rien négligé pour élever le livre à la hauteur de la réputation d'un des plus admirables génies de la France.

DE LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT AU MOYEN D'UNE NOUVELLE OPÉRATION CHIRURGICALE.

Lettre adressée à l'Institut de France; par M. J.-F. Dieffenbach, professeur et chef de la clinique chirurgicale à l'Académie de Berlin.

Depuis long-temps le bégaiement attirait mon attention, et je désirais d'autant plus trouver un moyen de le guérir d'une manière prompte et radicale, que plusieurs bègues, qui s'étaient crus délivrés de cette infirmité, étaient bientôt retombés dans leur ancien état, et que d'autres avaient reçu sans aucun résultat les leçons des plus habiles maîtres. L'idée me vint que le changement opéré dans l'innervation des muscles de la langue par la section de la partie musculaire de cet organe, amènerait peut-être la guérison. Le succès a justifié de la manière la plus brillante cette nouvelle opération.

Cette pensée de guérir le bégaiement par la section des muscles de la langue, se présenta, pour la première fois, à mon esprit, en entendant une personne qui louchait me prier, en bégayant, de l'opérer. Elle était affectée d'un strabisme spasmodique des deux yeux (*strabismus concomitans cum nystagmo*). Dès-lors, en y réfléchissant mieux, je remarquai que plusieurs autres louches avaient, en même temps, un vice de prononciation. Ils louchaient presque toujours d'une manière convulsive; certains jours plus que d'autres : ce qui avait aussi lieu pour le bégaiement. (1) La difficulté momentanée, ou même l'impossibilité complète

(1) Je n'ai trouvé qu'un seul bègue sur près de 100 strabiques que j'ai opérés jusqu'ici. Il est donc probable que la coïncidence observée par mon très honoré confrère de Berlin est un fait purement fortuit. V.

de prononcer certaines consonnes, syllabes ou mots variait ainsi que leur maladresse dans l'emploi mécanique qu'ils faisaient de leur langue dans certaines circonstances. Comme je pensais que le dérangement, dans le mécanisme du langage qui produit le bégaiement, avait une cause dynamique, que je regardais comme un état spasmodique des voies aériennes, qui résidait surtout dans la glotte et qui se communiquait à la langue, aux muscles du visage et même du cou, je devais aussi penser qu'en interrompant l'innervation dans les organes musculaires qui participaient à cet état anormal, je parviendrais à le modifier ou à le faire cesser complètement. Ce qui était arrivé lorsque je fis la section des muscles de l'œil dans le nystagme du bulbe (*nystagmus bulbi*), et lorsque j'eus recours à la même méthode dans le strabisme spasmodique, et dans les crampes des muscles du visage, me confirma dans cette idée.

C'est par cette raison que la section transversale de toute la *musculature* de la langue, me parut une entreprise digne d'être tentée et de la réussite de laquelle j'étais intimement convaincu, comme je l'étais de l'efficacité de la section transversale des muscles dans un grand nombre de maux spasmodiques. Pour me soustraire au reproche de partialité que j'aurais pu m'adresser moi-même, de n'essayer qu'une méthode d'opération, je résolus d'exécuter, de différentes manières et avec différentes modifications, la coupe transversale de la langue pour faire cesser l'innervation vicieuse, opération de laquelle seule j'attendais quelque succès.

J'ai jusqu'ici essayé trois méthodes différentes, qui toutes ont pour but la séparation totale des muscles :

1° La section horizontale transverse de la racine de la langue ;

2° La section sous-cutanée transversale de la racine de la langue avec conservation de la muqueuse ;

3° La section horizontale de la racine de la langue avec excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur.

C'est particulièrement sur cette dernière méthode que j'avais fondé le plus d'espérance de succès, beaucoup plus que sur les deux autres, parce qu'elle avait pour résultat le raccourcissement de la langue, et qu'elle lui procurait la facilité de se porter à volonté contre la paroi supérieure de la cavité buccale, mouvement qu'on cherche surtout à développer dans les leçons que les bègues reçoivent pour se corriger de ce défaut.

Cependant comme cette méthode lésait bien davantage les parties, qu'une simple section, avec la séparation de la muqueuse ou sans elle, je ne voulus pas m'en tenir là, mais aussi tenter les deux autres plus faciles à exécuter.

L'appareil instrumental est très simple: il se compose d'une pince de Müzeux, d'une pince plus petite, droite, dentée; d'un crochet double à manche, d'un bistouri à fistule étroit, long, falciforme et aigu, d'aiguilles fortement arquées munies d'un fil de soie quadruple, d'une pince courte épaisse, ressemblant à une pince droite pour les dents, propre à conduire les aiguilles. Ce sont les mêmes aiguilles et la même pince que j'emploie dans l'opération de la rupture du périnée.

Je fis la première opération du bégaiement le 7 janvier 1841, sur Frédéric Doenau de Berlin, âgé de 13 ans, enfant éveillé et plein de talens. Je choisis celle des trois méthodes où une partie triangulaire de la racine de la langue est excisée, parce que j'en attendais davantage.

Avant de décrire l'opération, je dois entrer dans quelques détails sur le bégaiement même.

Dès sa plus tendre enfance, ce jeune homme avait si fort bégayé qu'on le regardait comme incurable. Ce vice était tantôt plus fort, tantôt plus faible, quelquefois le mettait dans l'impuissance de prononcer un seul son, ou bien c'étaient certains mots qu'il bégayait, tant allemand que dans les langues latine et française. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il prononçait les sifflantes (*s. z. ß.*) et les gutturales (*g. k. ch. x.*); lorsqu'il parlait, on ne pouvait distinguer les lettres dures (*p. t. k.*) des douces (*b. d. g.*). — Souvent il répétait la même lettre quatre fois de suite : le bégaiement restait le même qu'il parlât bas ou haut ou même qu'il élevât la voix jusqu'à crier. Plus souvent il lui était impossible de parler, ou il n'émettait que des sons à demi articulés. La présence d'une personne étrangère lui causait un trouble complet : son visage se crispait convulsivement, les lèvres tremblaient en se mouvant avec rapidité de haut en bas, les paupières s'écartaient avec force l'une de l'autre, et les ailes du nez prenaient part à ce travail convulsif. Pendant ce temps, la langue était raide ou bien se mouvait en tous sens dans la bouche, les muscles du cou, la trachée-artère et le larynx s'agitaient convulsivement, et ce n'était qu'avec des peines inouïes que le jeune homme victorieux de ce combat intérieur parvenait à proférer un mot estropié. Le parler lui devenait alors plus aisé, un mot en chassait un autre, jusqu'à ce que par le flux de paroles qu'il ne pouvait contenir, il commençait à s'embrouiller et à balbutier de nouveau. Cette espèce d'horreur toute particulière qu'éprouvent quelques bègues à prononcer certains sons, a une grande analogie avec l'état d'agitation et d'angoisse que pro-

cure aux hydrophobes la vue de l'eau : c'est pourquoi on pourrait la désigner du nom de Phonophobie. Le maître distingué de l'enfant, M. Rappmund, lui a donné les soins les plus assidus ; c'est à ses efforts que le jeune Doenau est redevable des progrès extraordinaires qu'il a faits dans les langues et dans les sciences, malgré les grands obstacles qu'il a eu à surmonter. Ce fut avec une grande joie que la mère de cet enfant accepta la proposition que je lui fis de tenter un essai pour la guérison de son fils. Deux personnes seulement m'assistèrent pendant l'opération, MM. les docteurs Holthoff et Hildebrandt.

Voici la marche que je suivis pour opérer. Le jeune homme était assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un assistant. Je fis tirer la langue autant que possible, puis la saisis dans la partie antérieure avec une pince de Müzeux de manière que les crochets de la pince pénétrassent dans les bords : en serrant les branches de l'instrument, la langue fut ainsi comprimée latéralement, et son volume devenait plus étroit tout en gagnant en épaisseur, deux conditions favorables à l'exécution de l'opération.

Pendant qu'un des aides amenait la langue autant que possible en dehors et un peu de côté, et que l'autre retirait en arrière avec des crochets obtus les angles de la bouche, je saisis avec le pouce et l'index de la main gauche la racine de la langue, et la relevai en la comprimant latéralement. Cela fait, j'enfonçai la lame de mon bistouri dont le tranchant était dirigé en haut, dans la partie gauche de la racine de la langue, et après avoir fait pénétrer mon instrument jusqu'au point opposé à celui où il était entré, je terminai de bas en haut la section complète. Après avoir fixé le bord postérieur de la plaie avec un fil fort et passé à l'aide d'une aiguille, je saisis

avec une pince munie de pointes le bord antérieur, et l'ayant ainsi comprimé latéralement, j'enlevai dans toute l'épaisseur de la langue de haut en bas, un morceau de 3/4 de pouce en forme de coin. Pour cette dernière section, je me servis d'un petit bistouri droit préférablement au bistouri à fistule.

La lèvre postérieure de la plaie fut, au moyen du fil dont j'ai déjà parlé et d'un double crochet, amenée assez en avant pour que je pusse l'appliquer contre l'antérieure. Six forts points de suture réunirent la plaie et empêchèrent l'hémorrhagie d'autant plus sûrement que j'avais eu soin de les faire pénétrer dans le fond même de la blessure. La perte de sang fut assez considérable, ce qui est tout naturel lorsqu'on réfléchit à la nature des organes sur lesquels se pratique cette opération délicate, et qui exige une main exercée.

Je demandai au jeune malade, dès qu'il se fut gargarisé avec de l'eau froide, de prononcer quelques mots qui lui avaient présenté le plus de difficulté...... il ne bégayait plus. Seulement les contorsions des muscles du visage continuèrent comme auparavant.

Le malade immédiatement transporté au lit fut soumis à un traitement rafraîchissant.

A part une agitation fébrile dans les premiers jours qui suivirent l'opération, une légère tuméfaction de la langue, de la gêne dans la déglutition, aucun symptôme inquiétant ne se manifesta. L'acte de la parole était encore accompagné de contorsions dans les muscles du visage, mais le bégaiement ne se montra plus. Le cinquième jour j'enlevai trois sutures. La tuméfaction de la langue avait considérablement diminué le sixième, j'enlevai les trois derniers fils. Au septième jour, la plaie était complètement guérie ; on ne remar-

quait plus qu'une légère enflure à la base de la langue, et le jeune homme était entièrement rétabli.

Pas la plus petite trace de bégaiement, pas le plus léger mouvement convulsif dans les muscles du visage ni dans les lèvres n'est demeuré.

La prononciation est tout-à-fait pure, sonore et rapide : l'émotion et la surprise ne causent plus aucune interruption dans le langage, que le jeune homme parle, lise, s'entretienne avec ses proches ou avec des inconnus. Dix jours après l'opération, j'eus l'honneur de le présenter à son Excellence monsieur le baron Alexandre de Humboldt, qui l'examina avec le plus grand intérêt et put se convaincre de son entière guérison. Plusieurs médecins connus ont été les témoins de cet heureux résultat : MM. Schoenlein, Mueller, Lichtenstein, Krause, Romberg, et Busse, ont vu le jeune Doenau, le dernier de ces messieurs l'interrompit tout-à-coup pendant sa lecture en lui demandant de prononcer le mot Preobadschenskoy qu'il répéta aussi vite qu'on le lui avait demandé. Les membres de la société médicale de Berlin ont aussi accordé leur attention à ce cas de guérison.

Encouragé par l'entière réussite de ce premier essai, j'entrepris la seconde opération qui, exécutée d'après les mêmes principes, eut un résultat aussi heureux.

Frédéric Keil, âgé de 16 ans, d'une taille grande et svelte, d'une constitution délicate, bégayait depuis sa sixième année, après avoir eu peu de temps auparavant une grave inflammation de poumon. L'année suivante, il eut de nouveau la même maladie, et après la guérison il parut bégayer plus fortement qu'auparavant. Le père de ce jeune homme, instituteur à Postdam, a neuf enfans, dont plusieurs sont atteints de cette infirmité : les deux filles aînées en sont

exemples; le frère qui vient après elles bégayait de temps en temps; deux autres fils plus jeunes ne bégaient pas, un autre plus jeune encore a bégayé quelque temps dans son enfance, la cadette de la famille, un enfant de trois ans, bégaie fortement. Le père lui-même a souffert jusqu'à sa sixième année de ce défaut, qui l'a quitté tout-à-coup à cette époque.

Ce sont surtout les lettres *b. p. d. t.* qu'il avait le plus de difficulté à articuler : pour prononcer les labiales *b.* et *p.*, il pressait fortement les lèvres l'une contre l'autre et tenait la bouche fermée avant de pouvoir produire ce son; pendant ce temps, il appuyait la langue contre la rangée supérieure des dents; il prononce les dentales *d.* et *t.* avec les lèvres ouvertes : il commence par appuyer un moment le pointe de la langue contre les dents de la rangée inférieure sans toutefois produire de son, puis la reporte avec rapidité entre les dents, et il finit par prononcer ces lettres en ne produisant qu'une fois le son *d. t.* ou en le redoublant *d d d d.*, *t t t t.*, quand une syllabe commence par une des sifflantes *s.* ou *sch.*, il tient les deux rangées des dents légèrement écartées l'une de l'autre; puis, en répétant la sifflante fait échapper l'air entre elles jusqu'à ce qu'il parvienne à articuler la syllabe qui n'est jamais qu'un son indistinct *s s s s an-ft*, *sch schw-a-rz*. Il prononce sans peine les gutturales *g. k. ch.*, pour l'articulation desquelles la langue joue un rôle plutôt passif; il les répète cependant plusieurs fois de suite dans la vitesse du discours p. e. *ku-ku-kurrz*.

La manière dont Keil prononce les voyelles mérite une mention particulière : le fait-il lentement, alors il les prononce bien, résultat qu'il a obtenu par les efforts et les excellentes leçons qu'il a reçues pour se corriger de ce défaut; mais s'il prend moins garde à lui, le son n'est plus pur, on entend

aussitôt *h-h-a*, *hhe*, *hii*, *h-o-ho*; quant à *und*, il n'a jamais pu le prononcer autrement que *hhund*. Il en est de même pour les consonnes que l'on fait précéder d'une voyelle, comme *f. l. m. n. r.* et la sifflante *s.*, il les prononce *heff.*, *hell*, *hemm. henn*, *herr*, *hefs:*

Outre ces anomalies dans la formation des sons dans le larynx et dans leur articulation dans la cavité buccale, on remarque encore chez Keil des phénomènes particuliers par rapport à la manière dont il chasse l'air hors de la bouche en parlant. De temps à autre, la colonne d'air sort des poumons, traverse la trachée-artère et la glotte, arrive dans la bouche, sans que Keil puisse la contenir et sans qu'aucun son soit produit. La cause en est que les organes de la cavité buccale, dont le but est de former le ton produit dans la glotte et surtout les muscles glosso-laryngiens, sont empêchés par une espèce de contraction involontaire d'exécuter l'action qui est nécessaire pour articuler. Lorsqu'un ton défectueux s'est ainsi échappé, Keil inspire de nouveau avec peine, élève le diaphragme et la cavité pectorale, porte la langue dans la bonne position et alors le son sort d'une façon convenable.

L'expression de ce jeune homme plein de talens a quelque chose de souffrant et de triste; lorsqu'il parle, les mouvemens de son thorax et de la trachée-artère sont d'une nature spasmodique. Dans ce cas-ci le bégaiement présente un caractère intermittent avec un type irrégulier et augmente beaucoup lorsque le jeune homme est embarrassé: avec ses frères et sœurs il parle quelquefois assez couramment; la moindre chose étrangère, la présence d'une personne à laquelle il n'est pas accoutumé, le trouble, et alors sa pensée, quoique toute formée, ne peut se communiquer par la pa-

role, parce que les muscles exécuteurs de la volonté sont empêchés subitement dans leur action par des contractions spasmodiques.

Je fis l'opération le 19 janvier, 1841 en présence de MM. Juengken, Romberg, Baum, de Siebold, Trettenbacher, Keil Hauck, Buehring, Hildebrandt.

J'opérai d'après la méthode où l'on enlève une pièce dans toute la largeur de la racine de la langue à-peu-près suivant la manière que j'ai décrite dans le premier cas déjà cité. Après avoir fixé la langue au moyen d'une pince à crochets, je fis une forte suture dans sa partie postérieure aussi en arrière que je pus atteindre: puis ayant transpercé avec un bistouri à fistule la racine de la langue à sa base, j'opérai la section complète de bas en haut; je saisis le bord antérieur de la plaie avec une pince munie de pointes à la surface interne de ses mors et j'enlevai dans toute la largeur et l'épaisseur de la langue un morceau triangulaire de trois quarts de pouce. La réunion des bords de la plaie fut opérée par six forts points de suture. La perte de sang quoique assez considérable cessa complètement après l'application des sutures.

Dès que l'opération fut achevée, j'essayai de faire prononcer au jeune homme quelques mots, ce qu'il put exécuter sans le moindre bégaiement, mais avec la gêne qui résulte naturellement d'une opération pratiquée sur la langue. J'ordonnai une diète sévère et des gangarismes répétés. Aucun symptôme ne se montra à part une tuméfaction médiocre de l'organe lésé; l'état du malade était semblable à celui qui serait causé par une angine catarrhale. La déglutition était un peu gênée et la langue chargée; cependant trois jours après l'opération, il put quitter le lit. Il prononçait déjà

quelques mots sans bégayer. Le quatrième jour la langue ne présentait presque plus de tuméfaction, ses mouvemens étaient beaucoup plus libres et le patient pouvait déjà prononcer de petites phrases sans bégayer et sans faire de grimaces. Le cinquième jour il se trouvait bien ; je retirai de la langue un des fils et les deux jours suivans les autres. Huit jours après l'opération le jeune homme était complètement guéri tant de son bégaiement que de sa blessure. Un grand nombre de médecins, qui l'ont vu depuis lors, peuvent confirmer l'heureux résultat de cette opération.

Un opérateur peu exercé pourrait modifier la méthode employée dans ces deux cas, en tant que, dans la section de la langue de bas en haut, il laisserait intacte une partie de muqueuse jusqu'à ce qu'il eût fixé au moyen d'une suture le bord postérieur de la plaie, et l'ayant ainsi en sa puissance il pourrait achever la section complète en coupant le pont formé par la muqueuse. L'opération suivante eut tout-à-fait le résultat que j'en attendais.

Section simple et horizontale de la racine de la langue. — Je n'ai pratiqué jusqu'à présent la simple section en travers de la langue que dans quatre cas : elle fut sans résultat dans le premier qui était compliqué d'un état paralytique de la langue. La guérison de la plaie chez les trois autres n'est pas encore complète, mais le bégaiement a déjà entièrement cessé.

Charles Stephan, âgé de 13 ans, d'une constitution faible, et d'un développement intellectuel borné, fut affecté dès sa deuxième année d'un strabisme concomitant ; à l'âge de 6 ans il perdit la parole apparemment par suite d'une attaque d'apoplexie, et il en demeura privé l'espace de trois mois, pendant lesquels ils ne pouvait produire que des sons

inarticulés. Il apprit peu-à-peu, quoique avec beaucoup de peine, à prononcer quelques mots isolés, cependant ses progrès furent extrêmement lents. Maintenant sa manière de parler est si imparfaite qu'il n'est pas en état de fréquenter les écoles.

A la vue d'un étranger la figure de ce jeune homme exprime un sentiment d'embarras et de crainte, il louche plus fortement et ses yeux se portent tour-à-tour vers l'angle interne et externe de l'orbite. Lorsqu'il essaie de parler, sa figure se contracte comme celle d'un singe; les muscles du cou commencent à travailler d'une manière violente, sa tête vacille, et dès qu'il peut ouvrir la bouche, ses lèvres tremblent, et la salive découle avec abondance.

Ce n'est qu'avec des efforts inouïs qu'il prononçait de la manière suivante les lettres de l'alphabet, en s'interrompant souvent de sanglots, de soupirs, de courtes inspirations et de longues expirations *a a a ah ah, be be weh eh, ceh ceh ceh, dedeh he, e e eeh eh, ha he ha, ge geh hege, ha hah ha, i i i ih, kakah, a ahl l, ha hahm em em mem, en n n en, o o o oh oh, pe pe pep e peh, kuh kuh, er r r, e efs, atthe, ouh, vauh, hwah i ii ih hix, ipsi ipsi ipsilon, ha haz a zed*. Il ne parvenait à prononcer la lettre *p*, qu'en faisant les plus fortes grimaces, en ouvrant grandement la bouche et en agitant violemment les mâchoires. Le mot *vater* lui offrait surtout de grandes difficultés.

Pour l'opération je fixai la langue comme dans le cas précédent et l'incisai transversalement à sa racine. Six fortes sutures réunirent exactement les bords de la plaie et suffirent pour arrêter la perte de sang, qui avait été assez abondante. Immédiatement après l'opération, le bégaiement avait entièrement cessé et les contorsions de la face étaient beaucoup

moins fortes; il pouvait prononcer plusieurs lettres, le *p*, même le mot *vater*, sans hésiter. Le malade suivit un traitement rafraîchissant : la réaction fut faible, et l'enflure de la langue peu considérable : ce qui toutefois lui fut le plus pénible, c'était une forte sécrétion de salive. Le quatrième jour j'enlevai trois sutures et le cinquième les trois autres : l'enfant se trouvait tout-à-fait rétabli. — J'ai été assisté par MM. Holthoff, Buehring et Hildebrandt. L'opération n'a du reste pas produit une amélioration bien sensible dans le langage de ce jeune homme; ses grimaces sont cependant moins fortes.

Section sous-cutanée de la racine de la langue. — Je fis la section sous-cutanée de la langue dans le cas suivant, pour examiner l'importance de cette méthode par rapport à la facilité ou la difficulté de son exécution.

Hermann Hirschberg, de Berlin, âgé de dix-sept ans, peintre de profession, d'une intelligence assez bornée, bégayait si fort depuis sa plus tendre enfance qu'il dut se passer de toute instruction publique et se contenter d'acquérir les connaissances les plus superficielles. Il lui était presque impossible de se faire comprendre; car les premiers sons qu'il proférait étaient précédées des grimaces les plus affreuses et de contractions effrayantes dans tous les muscles du visage. Tantôt la bouche s'ouvrait, tantôt les lèvres se pressaient avec force l'une contre l'autre; les muscles du cou se crispaient; la trachée-artère et la glotte montaient et descendaient avec rapidité; la tête s'inclinait; et, dominé par le même sentiment d'horreur qu'un hydrophobe pour l'eau, il laissait échapper un son mutilé, bientôt suivi d'autres qui arrivaient par secousses dans des intervalles plus ou moins rapprochés. Quelquefois on pouvait avec ces sons composer une phrase;

d'autres fois, cela n'était pas possible. Au milieu de ce combat intérieur, le jeune homme se taisait quelquefois, dominé par un état convulsif des muscles du visage et de la langue, puis tout-à-coup laissait échapper des sons comme *nein*, *hu-hu-hu-tu-huhhu*.

Après cela, il pouvait, en bégayant, prononcer d'une façon compréhensible plusieurs mots de suite. Il serait superflu d'entrer dans plus de détails touchant ce vice dans la prononciation, qui me décida à tenter une opération qui, malgré mon peu d'espérance, surpassa mon attente par ses brillans résultats. Dans ce cas-ci, je résolus de faire la section sous-cutanée transversale de la langue, non pas tant à cause des avantages que j'espérais en retirer que pour me procurer aussi une occasion d'en examiner la valeur. D'un côté, elle me parut avantageuse, en tant que la partie postérieure de la langue n'était pas susceptible d'être amenée en avant, ce qui rendait plus difficile l'application des sutures; d'un autre côté, elle me sembla douteuse à cause de la difficulté d'arrêter l'hémorrhagie, puisqu'il n'était guère possible d'employer la compression et qu'une grande quantité de sang risquait de s'accumuler dans la plaie sous-cutanée pratiquée dans les muscles de la langue. Cette méthode enfin me parut moins sûre, parce qu'en la suivant, je n'obtiendrais pas le raccourcissement de la langue, condition qui me semblait indispensable pour procurer la guérison. Le succès a cependant surpassé de beaucoup mon attente.

Pour l'opération pendant laquelle je fus assisté de M. le docteur Ttettenracher, de Munich, et de MM. Buehring et Hildebrandt, je saisis la langue avec une pince de Müzeux et la tirai fortement en dehors de la bouche, puis j'enfonçai en arrière dans la face inférieure un bistouri à fistule

falciforme, et incisai la racine de la langue dans toute son épaisseur, en laissant intacte la muqueuse qui revêt la face supérieure. La largeur de la plaie que j'avais faite en enfonçant et en faisant ressortir le bistouri ne parut pas dépasser celle de l'instrument, ce qui provenait de l'extensibilité de la muqueuse. La langue était si complètement coupée sous la muqueuse dans toute sa largeur qu'il eût suffi, pour la faire céder, de la tirer un peu fortement avec la pince.

Le sang jaillit avec abondance des deux blessures latérales, comme s'il fût sorti d'un gros tronc d'artère, et la langue se tuméfia bientôt par la masse de sang qui s'accumulait dans le vide produit par la section sous-cutanée. Pour rétrécir cet espace, je fis une forte suture d'arrière en avant dans l'épaisseur de la langue, et fermai aussi les deux points latéraux par lesquels j'avais fait pénétrer mon bistouri. Lorsqu'après l'opération le jeune homme voulut essayer de produire quelque son, il ne contracta que légèrement la figure, et parvint sans grand effort à prononcer le mot *nein*, en exprimant par des grimaces et des gestes la douleur qu'il ressentait. Les jours suivans s'écoulèrent sans qu'il se passât rien de remarquable. La déglutition était très gênée, ce qui n'empêcha pas cependant de prendre quelques soupes mucilagineuses; la langue était chargée, et le soir il était atteint d'un léger accès de fièvre. Le quatrième jour déjà, je pus ôter les sutures, la réunion était complète dans toute la profondeur de la plaie; au septième jour, la langue ne présentait plus la moindre tuméfaction, et le huitième, le jeune homme put quitter la chambre. Il ne bégaie plus du tout; certains mots cependant lui offrent quelque difficulté, et ce n'est qu'avec effort qu'il peut les prononcer. Quant à l'exé-

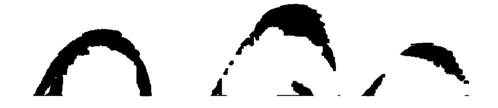
cution, cette opération présente plus de difficulté que les autres méthodes.

De la guérison des blessures de la langue. — Les blessures de la langue ont la propriété de guérir promptement, pourvu que leurs bords soient rapprochés suffisamment au moyen de sutures. Les blessures faites dans la partie postérieure de la langue, occasionant toujours une forte hémorrhagie, exigent nécessairement que les points de suture soient placés à une certaine distance des bords de la plaie et en pénètrent le fond pour arrêter en même temps la perte de sang. Pour cette raison, les fils doivent être noués plus fermement que dans les blessures de la peau. La ligature des vaisseaux exécutée préalablement à l'application des sutures empêcherait la réunion et serait aussi préjudiciable que la ligature des artères labiales dans l'opération du bec-de-lièvre. La guérison des blessures de la langue est ordinairement complète le troisième jour, quelquefois même elle a lieu vingt-quatre heures après l'opération ; mais comme il n'y a aucun inconvénient à laisser plus long-temps les sutures, et que sans cela la blessure pourrait facilement se rouvrir par les mouvemens de la langue et causer ainsi une hémorrhagie dangereuse, il est préférable de n'éloigner les premiers fils que le quatrième jour, quelques-uns le cinquième et les derniers seulement le sixième. Si on tardait plus long-temps, on établirait un foyer de suppuration et on pourrait occasioner la formation d'une fistule.

Lorsqu'en enlevant le premier fil, il sort du point de suture quelques gouttes de sang, c'est une marque certaine que l'action plastique n'a pas encore fait des progrès suffisans, et que la réunion n'est pas encore assez solide ; aussi doit-on bien se garder de continuer ce jour-là à extraire des

sutures. On doit procéder à l'enlèvement des fils avec beaucoup de soins et sans secousse; le malade tire la langue hors de la bouche, on saisit alors avec une pincette l'extrémité d'un fil un peu au-dessous du nœud; on l'élève au-dessus du sillon qu'il s'était formé, de manière à ce qu'on le voie distinctement, et on le coupe au-dessous du nœud. Dès que les fils sont enlevés, on ordonne au malade de se gargariser la bouche avec de l'eau tiède. Quant à l'acte de cicatrisation nous avons déjà remarqué qu'il se faisait promptement; la cicatrice elle-même forme une ligne unie sur laquelle manque le velouté de la muqueuse qui s'élève de chaque côté en forme d'ourlet. La place des anciens points de suture est marquée par de petits enfoncemens, et l'endroit où se trouvaient les sutures mêmes par une strie lisse qui disparaît bientôt si toutefois les fils n'ont pas pénétré dans la muqueuse. Les cicatrices provenant de blessures longitudinales sont beaucoup moins apparentes que celles qui résultent de blessures transverses. Aussi, malgré une réunion complète, remarque-t-on que la solution de continuité causée par l'excision d'une pièce donne à la langue un aspect particulier : elle est divisée en deux parties séparées par le sillon de la cicatrice; une partie est plus étroite, comme si une langue plus petite eût été ajoutée à une plus grosse. A la suite de la même opération, la partie postérieure de la langue pourvue de grosses papilles se trouve ramenée plus en avant.

En palpant les langues opérées par section simple ou par excision d'un morceau triangulaire, peu de temps après l'opération, on sent un disque dur, vertical qui s'amollit avec le temps. Après l'excision les mouvemens sont complètement libres; l'opéré a le sentiment d'un raccourcissement de la langue et d'un relèvement de la pointe de cet organe contre



le palais. La section de la langue n'a aucune influence sur le sens du goût, qui paraît cependant être moins subtil dans les premiers temps qui suivent l'opération. On ne peut pas attendre un heureux résultat d'opérations pratiquées sur la pointe de la langue, qui auraient pour but de changer l'innervation viciée et de guérir le bégaiement.

J'ai fait quelquefois avec succès la section du frein de la langue sur des personnes qui avaient de la difficulté à prononcer; contre le bégaiement elle a été sans effet salutaire, ce qu'il était facile de prévoir. Quant à ce qui concerne les indications de cette opération; elles sont beaucoup plus difficile à déterminer dans les cas particuliers que celles de l'opération du strabisme. L'importance d'une si grave opération, les dangers qui peuvent en résulter, la perte de la langue par la gangrène ou par une trop forte suppuration, ou même par la maladresse d'un assistant qui peut facilement la déchirer, sont autant de considérations qui demandent à être mûrement pesées et qui jointes à la difficulté qu'elle présente, empêcheront des opérateurs peu exercés de vouloir la tenter. Dans ces derniers jours j'ai opéré quatorze bègues en enlevant une pièce triangulaire dans la langue. Chez tous le bégaiement a entièrement cessé. Dans un temps, où c'est généralement la mode de modifier les méthodes d'opération les plus simples et déjà reconnues comme bonnes; malgré les trois méthodes principales que j'ai indiquées, les chirurgiens auront ici un large champ pour faire des modifications et inventer des instrumens. On fera des incisions en croix, en travers, au-dessus et au-dessous de la langue, on se servira de caustiques; on emploiera des bistouris et des ciseaux courbés d'une manière nouvelle, d'autres crochets, d'autres pincettes; il n'y a pas jusqu'aux manches des instrumens que l'on corrigera et courbera de

manière à ce que le jour puisse mieux tomber dans la bouche. Cette nouvelle opération fournit aux antiquaires en chirurgie une occasion de créer des noms nouveaux ; je leur laisse même le soin de la baptiser d'un nom grec.

J'ai opéré jusqu'à présent 19 personnes, dont plusieurs sont encore en traitement ; toutes me font espérer un résultat satisfaisant.

EXPLICATION DE LA PLANCHE EXPLICATIVE DU 1er PROCÉDÉ.

a. La langue vue latéralement.

b. Pince de Museux, au moyen de laquelle la langue est tirée en dehors de la bouche.

c. Morceau triangulaire qui doit être excisé. La section transversale est déjà faite.

ddd. Points de suture.

M. le professeur Mueller, a fait un examen anatomique de la portion excisée et a trouvé qu'elle était formée en grande partie par le muscle génio-glosse (le muscle propre de la langue), puis par le stylo- et hypoglosse (muscles latéraux).

Les hommes distingués, qui ont fait les recherches les plus exactes sur le bégaiement sont, en France : Magendie (1), Serre d'Alais (2), Itard (3), F. et B. Voisin (4), Hervez de Chegoin (5), Colombat (6), et Rullier ; en Angleterre, Arnott ;

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. BEGAIEMENT, t. 4, p. 63.

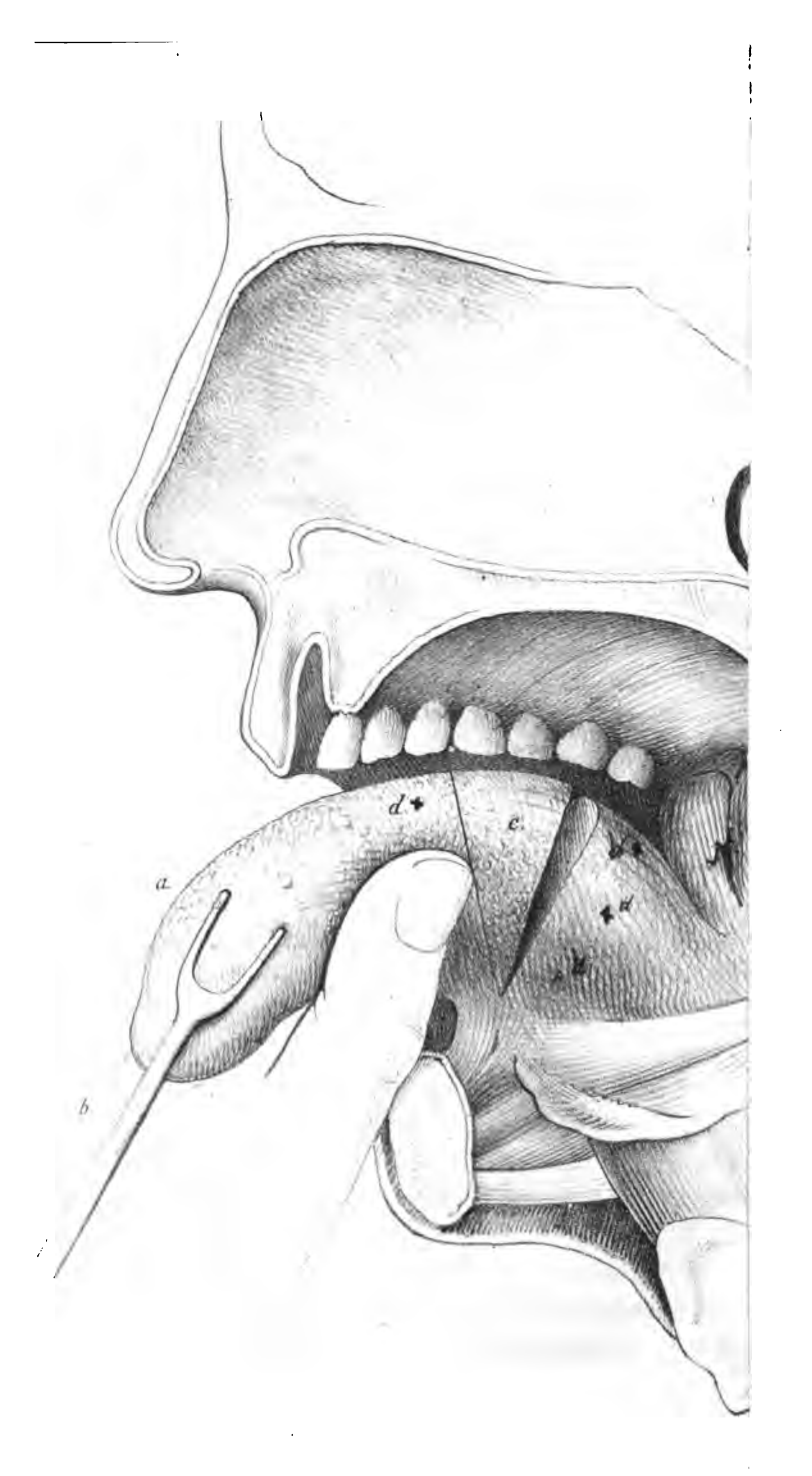
(2) *Mémoire sur le Bégaiement* (Orthopédie clinique, par Maisonnabe, Paris 1834, t. II, p. 49. Bulletin de l'Académie royale de Médecine, t. I, p. 216.)

(3) *Mémoire sur le Bégaiement* (Journal universel des Sciences médicales, Paris, 1817, t. VII, p. 129).

(4) *Du bégaiement, ses causes, ses différens degrés; influence des passions, des sexes, des âges, sur ce vice de conformation, etc.* Paris, 1821, in-8. — *Bulletin de l'Acad. royale de Méd.* Paris, 1837, t. I, p. 916.

(5) *Recherches sur les causes et le traitement du Bégaiement* (Journal général de Médecine, Paris, 1830, t. III, p. 206).

(6) *Traité de tous les vices de la parole, et en particulier du Bégaiement*, 3e édition, Paris 1840, 2 vol. in-8°.



d
c
a
b

en Allemagne ; J. Frank, Burdach, Schulthess, Wolfgang, von Kempellen, Keil, Chladni, J. Mueller (1), etc.

Remarque sur le mémoire précédent.

Par M. Velpeau.

Il est bon d'ajouter quelques mots à la note de M. Dieffenbach, afin de mettre les lecteurs des *Annales de chirurgie* au courant de ce qui concerne la question du bégaiement. D'abord il ne sera pas hors de propos de faire remarquer la différence de vue qui a servi de point de départ aux chirurgiens qui s'en sont occupés. M. Dieffenbach s'en tient, comme on vient de le voir, à un état spasmodique du système musculaire de la langue. Un chirurgien de Paris, s'imaginant que la langue des bègues est toujours déviée ou raccourcie, part de cette base mal fondée et pose en règle qu'il faut allonger le frein pour remédier au bégaiement ! Croyant au contraire qu'elle est souvent trop longue, un autre praticien propose de la raccourcir. A Londres on s'en prend à l'isthme du gozier. Il faudra probablement conclure de suppositions si opposées que l'empirisme seul peut être invoqué jusqu'ici sous ce rapport. En attendant que la question soit éclaircie, il importe de fixer exactement ce qui en revient à chacun.

Là-dessus rien ne paraît plus simple, actuellement que tout est encore présent à l'esprit de chacun, que les dates sont encore fraîches, et qu'il est aisé d'éviter toute confusion. La première opération de M. Dieffenbach est du 7 janvier 1841, la seconde du 19 du même mois; les autres essais de ce chirurgien distingué ont eu lieu plus tard. C'est au com-

(1) *Physiologie du système nerveux*, Paris 1840, t. II, p. 209.

mencement de février que les journaux politiques en ont dit un mot sans rien spécifier à Paris; quelques jours après M. Phillips, chirurgien belge, opéra deux bègues à Paris; mais sans indiquer par quel procédé. Alors aussi je me livrai à des essais sur le cadavre; je dis publiquement à l'hôpital que j'allais opérer des bègues et que j'avais imaginé à ce sujet plusieurs procédés opératoires applicables aux cas divers du bégaiement.

J'indiquai le 13 février à la société philomatique, comme je l'avais fait en 1837 à la Charité, l'intention où j'étais d'agir sur la langue des bègues, le but que je me proposais, et l'état de la voûte palatine qui avait fait naître mes premières pensées. Le 14 du même mois, à huit heures et demie du matin, je pratiquai sur un bègue, à l'hôpital de la Charité, la section des muscles génio-glosses près de leur attache à l'apophyse géni, en présence d'un grand nombre d'élèves et de médecins; on ne connaissait jusque-là ni les procédés de M. Dieffenbach, ni celui de M. Phillips. On voit aussi que M. Lucas, qui a pratiqué la même opération avec une sorte de succès, à Londres, n'est venu que plus tard, puisque c'est le 23 février seulement qu'il s'y est décidé (*Provincial medical and surgical journal*, n° 22, vol. I, p. 366).

Dans la même journée, un autre chirurgien qui, par inadvertance sans doute, a pris pour lui cette opération, a opéré de la même manière que moi deux malades affectés de bégaiement.

Je communiquai le 16, le résultat de mon opération à l'Académie de médecine qui entendit quelques minutes plus tard celle du chirurgien dont je viens de parler.

M. Roux recourut à la section des muscles génio-glosses le mercredi suivant.

Cette opération a été pratiquée depuis par M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis, par M. Colombat, par M. Monod et par une espèce de chirurgien nomade qui en a parlé comme d'un fait de son invention dans la *Gazette des hôpitaux du 6 et du 30 mars* 1841.

Voici au surplus ce que j'en disais le 15 février à ma leçon clinique et ce qu'en a recueilli un des jeunes médecins qui me suivent habituellement à la Charité.

« En 1837, j'avais en même temps, trois ou quatre blessés affectés de bégaiement, et chez lesquels je crus remarquer une conformation particulière de la voûte palatine. Ayant observé la même disposition chez quelques autres bègues à ma consultation publique, je m'étais demandé si là n'était pas l'origine ou la cause prédisposante de leur difformité. Cette conformation de la voûte du palais étant caractérisée par une profondeur, une concavité qui me parut insolite, me donna l'idée d'une opération pour guérir le bégaiement. J'en parlai publiquement à ma clinique, sans dire toutefois en quoi consisterait l'opération que j'avais projetée, ne voulant pas m'avancer trop, avant d'y avoir réfléchi davantage, avant de m'être livré à quelques essais.

Examinant ensuite la question sérieusement, voyant que la voûte palatine des bègues n'est pas toujours conformée de la même manière, reconnaissant d'ailleurs que le bégaiement offre lui-même une foule de variétés et paraît dépendre de causes très diverses, je finis par trouver peu raisonnable ma première pensée et je cessai de lui donner suite... Elle me revint toutefois aussitôt après l'annonce de la première opération de M. Dieffenbach. Ce chirurgien ayant laissé dire dans les journaux qu'il venait de guérir le bégaiement par une opération pratiquée sur la langue, je

crus qu'il n'y avait plus d'imprudence à s'occuper sérieusement d'un pareil projet. Je ne savais pas en quoi consistait l'opération du chirurgien de Berlin. M. Phillips n'avait pas encore jugé convenable de faire connaître la méthode qu'il a adoptée ; quant à moi, j'en revins aussitôt à ce que j'avais imaginé trois ans auparavant. Voici le raisonnement que je m'étais fait alors : Si la voûte palatine est trop creuse, il doit être difficile au dos de la langue de se mouler convenablement sur elle. Pour rendre son élévation plus facile, il semble que, dans quelque cas, il conviendrait de pratiquer la section des muscles hyo-glosses, dans d'autres celle des muscles stylo-glosses, dans un plus grand nombre celle des génio-glosses ; de même qu'il pourrait être utile d'inciser en travers les muscles propres de la langue, ou bien d'enlever un triangle dorsal de la pointe de cet organe.

Ces différentes opérations seraient en conséquence applicables, chacune en particulier à quelque variété spéciale du bégaiement. La section des génio-glosses me parut tout d'abord mériter une certaine confiance. Attachés en avant aux apophyses géni, derrière la mâchoire, s'épanouissant en éventail d'un autre côté à toute la longueur de la langue, depuis l'os hyoïde jusqu'à la pointe de cet organe, et presque sur la ligne médiane, ces muscles remplissent évidemment un grand rôle dans les mouvemens de la langue. D'ailleurs, une opinion vulgaire qui a donné lieu à beaucoup d'expériences passées inaperçues, c'est-à-dire l'idée de la section du filet, me revint à la pensée. N'est-il pas certain, en effet, qu'une foule de femmes et de commères croient à la nécessité de couper le frein de la langue aux jeunes enfans, pour les faire parler, pour les empêcher de bégayer? Or, qui ne sait que dans le filet se trouve souvent comprise une

portion des muscles génio-glosses? qui ne sait aussi que, par l'incision du frein, la parole est rendue plus facile chez un certain nombre de jeunes sujets? Partant de là, je n'hésitai pas dans mon projet d'opération.

Le 11 février dernier, MM. Estevenet et Giraldès, prosecteurs à l'amphithéâtre des hôpitaux, m'amenèrent un jeune bègue qui desirait être débarrassé de son infirmité. Voulant me livrer encore à quelques essais sur le cadavre, je ne l'opérai que le 14 du même mois.

Première observation. — Le jeune homme qui m'était adressé et dont le bégaiement était très prononcé sur presque toutes les lettres, fut opéré dans cet amphithéâtre en présence d'un assez grand nombre de médecins et d'élèves. Voici comment je procédai à l'opération :

Lui ayant fait élever et tirer fortement la langue au dehors, je saisis la pointe de cet organe avec la main gauche garnie d'un linge sec, et je pratiquai à l'aide d'une lancette une ponction du côté droit de la racine du frein, très près de la mâchoire inférieure. Engageant ensuite par cette ouverture un ténotome presque perpendiculairement à trois centimètres environ de profondeur, je coupai en travers toute la racine des muscles génio-glosses, sans agrandir l'incision de la membrane muqueuse. Pour plus de certitude encore, j'enfonçai, trois jours après, un bistouri à lame étroite d'avant en arrière et de haut en bas comme pour gagner l'os hyoïde en longeant la face inférieure de la langue, afin de couper les mêmes muscles en travers au-dessous des artères ranines. Immédiatement après l'opération, le jeune homme cessa de bégayer excepté pour les lettres labiales. Depuis lors il a conservé son amélioration primitive sans rien gagner ni perdre sensiblement.

C'est ce fait que je communiquai à l'Académie dans sa séance du 16 février, mais uniquement pour prendre date.

2e *Observation.*—J'ai pratiqué, le 20 février, la même opération sur un jeune homme en me bornant à la section des muscles génio-glosses entre le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue, au-dessous de l'artère ranine et au-dessus des glandes salivaires. Le résultat a été le même que dans le cas précédent, avec cette différence, que c'est la prononciation des lettres dentales qui a surtout été améliorée.

3e *Observation.* Quelques jours après, j'ai pratiqué une opération analogue chez un troisième bègue, âgé de 12 ans, que j'avais opéré 8 jours auparavant d'un strabisme convergent de l'œil gauche, mais qui ne bégayait que par momens. Je lui ai coupé avec de forts ciseaux les muscles génio-glosses d'avant en arrière dans l'étendue de 4 centimètres et jusqu'à présent il ne bégaie plus du tout.

4e *Observation.* — J'ai opéré, le 26 février, de la même façon un enfant âgé de 3 ans, que m'a conduit M. Martin, l'auteur des nouvelles jambes artificielles. Il en est résulté une amélioration notable, une véritable guérison.

5e *Observation.* — Dans un 5e cas, c'est-à-dire chez un jeune homme âgé de 17 ans, et qui bégayait excessivement, ayant remarqué que la langue était trop longue au point de pouvoir se relever jusqu'au lobule du nez, j'ai mis en pratique mon 4e procédé. Lui ayant fait sortir la langue de la bouche, deux aides l'ont saisie avec des pinces à griffes, une de chaque côté, pendant que j'en accrochais moi-même la pointe avec une troisième pince. Tenant ainsi l'organe suffisamment tendu, j'en enlevai par trois coups de bistouri

un V à base antérieure, large de 3 centimètres et long de 4, en ménageant la membrane muqueuse qui tapisse la face inférieure de l'organe. La plaie fut réunie sur-le-champ à l'aide de 3 points de suture, un en avant, un au-dessus et l'autre au-dessous. Le jeune homme a prononcé de suite sans hésiter, et d'une manière nette les mots que nous lui avons demandés : le mot *tapissier*, par exemple. Aujourd'hui, 27 mars, quinze jours après l'opération, on peut le considérer comme guéri.

6ᵉ *Observation*. — Le mercredi, 24 mars, j'ai pratiqué la section des muscles génio-glosses près de leur attache à la mâchoire, chez un frotteur âgé d'une trentaine d'années et qui bégayait à un degré extrême. Le bégaiement a cessé sur-le-champ et d'une manière complète. L'opéré est revenu le 25, et le 26 à l'amphithéâtre où chacun a pu constater, en l'interrogeant, qu'il parlait avec netteté et sans la moindre hésitation.

De tels faits ne disent certainement rien de définitif; ils permettent seulement d'espérer qu'en multipliant les essais, on finira par guérir le bégaiement au moyen d'une opération chirurgicale.

Je sais que, parmi les bègues soumis ailleurs à cette opération, il en est qui bégaient au moins autant qu'auparavant. Je sais en outre qu'il est survenu chez quelques-uns d'entre eux des hémorrhagies, des inflammations assez violentes. Agissons donc avec prudence, et ne compromettons pas par trop de précipitation une opération qui peut être destinée à rester dans la science.

J'ai montré à ma clinique un jeune homme âgé de 21 ans qui bégayait depuis l'enfance et qui ne bégaie presque plus aujourd'hui. Ce jeune ébeniste raconte que M. Thierry père

lui pratiqua, il y a 12 ans, une opération pour l'empêcher de bégayer. On fit, dit-il, l'opération avec des ciseaux portés sous la langue. L'incision lui causa beaucoup de douleur et le fit long-temps crier, mais elle le guérit presque complètement de son infirmité. A ce titre, M. Thierry pourrait donc réclamer contre moi l'idée de la section des muscles génio-glosses pour remédier au bégaiement, si tant est qu'il ait eu pour but de diviser ces muscles en opérant, il y a une douzaine d'années, le jeune homme dont je viens de parler.

Dire à présent, quel est le meilleur procédé à suivre dans le traitement du bégaiement, est réellement impossible. Comme cette infirmité se montre sous des formes diverses et dépend évidemment de causes assez variées, on ne comprend guère qu'elle puisse toujours céder à la même opération. Plus que jamais je maintiens, que pour les cas où la langue paraît trop courte, trop abaissée contre le plancher de la bouche, c'est la section, mais la section complète des muscles génio-glosses qui convient. L'opération par excision, que pratique M. Dieffenbach, est plus grave, plus difficile, beaucoup plus douloureuse; et je ne sais s'il est permis d'en attendre des résultats plus avantageux. Si, comme on l'observe assez souvent, la langue paraît trop longue, il faudra voir comparativement les résultats d'une excision en V de la pointe, d'une incision transversale du corps ou bien de la racine de la langue, et la section des piliers antérieurs du voile du palais que j'ai le projet de tenter aussi. Du reste, si les opérations que j'ai imaginées n'avaient pas le succès que j'en attends, si je me trouvais obligé d'en venir à la méthode de M. Dieffenbach, je la pratiquerais d'une autre façon. Après avoir embroché l'organe en travers avec une sonde cannelée, courbe et pointue, je passerais tous les fils

destinés aux points de suture avant de procéder à l'excision de la tranche musculaire; l'opération, si je ne me trompe, serait ainsi rendue plus prompte, infiniment moins dangereuse, manifestement plus sûre.

Au demeurant donc, j'ai pensé, dès 1837, à remédier au bégaiement par une opération chirurgicale; mais n'ayant pas donné suite à mon projet, le mérite de l'invention nen revient pas moins à M. Dieffenbach. Avant de savoir ce que fait ce chirurgien, M. Phillips, son élève, a fait ici quelques tentatives par une méthode rendue publique depuis quelques jours et qui diffère sensiblement des nôtres (*Du bégaiement et du strabisme*, 1841). J'ai donc imaginé et pratiqué le premier la section des muscles génio-glosses, près de la mâchoire, quand la langue paraît trop courte et l'excision de la pointe de cet organe dans les cas contraires, pour remédier au bégaiement. Ce qui a été fait depuis et annoncé avec tant de fracas aux Académies ou dans les journaux, diffère à peine de ma première tentative. Je tiens pour l'avenir à ce que ces premiers faits soient bien et dûment constatés; chose d'ailleurs très facile, puisque le procès-verbal de la Société philomatique, séance du 13 février, et celui de l'Académie de médecine, séance du 16 du même mois (1) mentionnent, chacun en ce qui le concerne ma communication.

Note du Rédacteur trimestriel. Comme tout ce que fait M. Dieffenbach, ce travail présente des points qui tiennent du merveilleux. Je n'ai voulu en rien altérer le texte; mais je dois déclarer ici que sa lecture m'a fait naître beaucoup de doutes; aussi le nom de l'auteur et l'actualité de la question qu'il traite ont été pour beaucoup dans l'empressement qu'on a mis à publier ce mémoire. V.. de C.

(1) Bulletin de l'Académie royale de médecine, t. VI, pag. 452.

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS EN MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Par A. Vidal (de Cassis).

(Suite de la page 326).

§ V. Corps étrangers.

a. Les corps étrangers viennent de dehors, sont le produit d'un acte morbide ou le résultat de la désorganisation d'une partie de l'organisme.

L'indication de la première classe de corps étrangers est précise, parfaitement simple, c'est l'extraction. Après avoir rempli cette indication, il peut cependant s'en présenter une autre fournie par les désordres dus à la présence ou à l'introduction des corps étrangers.

Pour les corps formés dans l'organisme, il est rare que l'indication soit simple. Le plus souvent, l'extraction ne suffit pas, il faut agir sur les causes qui ont produit les corps étrangers, lesquels se renouvelleront sans cesse, si on ne parvient à remplir cette seconde indication qui est des plus importantes. Ainsi les fausses membranes du croup sont de véritables corps étrangers; eh bien! la trachéotomie, qui est ici quelquefois indiquée, ne réussira pas si la modification pathologique qui produit les fausses membranes, n'est pas enrayée. D'ailleurs, dans le croup, l'obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons ne vient pas toujours de la présence seule des fausses membranes, il y a quelquefois un état de spasme qui est pour beaucoup dans la suffocation. On le voit, les indications médicales se présentent ici avec les indications chirurgicales et montrent combien il est nécessaire au chirurgien de voir autre chose, dans les maladies, que leur aspect matériel.

Par la taille on extrait bien les calculs contenus dans la vessie. Mais cette opération ne peut rien contre l'affection calculeuse, je voudrais pouvoir dire contre la diathèse, laquelle présente des indications particulières. Elle indique de nous adresser aux reins, ou même à tout l'organisme, pour tarir la source des calculs. Il est beaucoup plus facile de saisir que de satisfaire de pareilles indications.

La nature, la forme, le volume des corps étrangers, leur siège modifient les indications et peuvent faire naître des contre-indications. Ainsi les grains de plomb de chasse peuvent rester parfaitement innocens pendant long-temps, toujours même, dans les muscles des membres, dans les parois du crâne. Il est aussi des balles fichées dans nos tissus qui y sont restées toujours innocentes.

b. Les corps étrangers n'ont pas la même innocuité quand ils sont volumineux, en grand nombre, et quand surtout ils sont en rapport avec des organes qui jouent les principaux rôles dans l'économie : ainsi les corps étrangers qui pèsent sur le cerveau, ceux des voies aériennes, ceux de l'œsophage.

L'indication est ici puissante, cependant à des degrés différens, selon la nature du corps étranger. Ainsi le sang épanché entre la dure-mère et le crâne compromet moins le cerveau qu'une esquille dirigée sur cet organe. Ce sont deux cas de trépan, mais le second est plus positif, plus urgent; non-seulement la compression de l'esquille est plus dangereuse, mais elle ne peut être levée que par une opération; tandis, qu'à la rigueur, on peut concevoir l'absorption du sang épanché par les efforts seuls de la nature, ou avec l'aide des moyens médicaux.

c. Les corps étrangers de la trachée, de l'œsophage sont de nature très différente. Il en est qui subissent des modifica-

tions par leur séjour dans ces organes. Quelques-uns se fondent et sortent détruits par les humidités de la muqueuse : ainsi des fragmens de sucre. Il en est, au contraire, qui augmentent de volume par leur séjour dans les organes, comme les haricots et les pois. La nature de ces corps modifie donc l'indication. Dans le premier cas, elle est bien moins urgente. On peut même se dispenser de tenter une opération et attendre la fonte du corps étranger; dans le second cas, au contraire, on se hâtera de l'extraire, quand les symptômes de suffocation seront marqués.

L'observation de la marche, suivie par la nature, pour l'expulsion des corps étrangers, peut fournir de précieuses indications au chirurgien. La nature a des procédés qu'il faut savoir apprécier pour régler ceux que la chirurgie nous enseigne. Des exemples bien remarquables sont ceux fournis par l'histoire des corps étrangers de l'œsophage.

Abandonnés aux seuls efforts de la nature, voici ce qu'ils deviennent : « 1° ils sont rejetés par le vomissement; 2° complètement avalés; ils parviennent à l'estomac, et cela de deux manières : peu de temps après leur introduction par les efforts de déglutition ou bien après la chute de l'inflammation, quand le gonflement a cessé et que la suppuration ou une sécrétion abondante de la muqueuse œsophagienne ont favorisé le glissement, la chute du corps dans l'estomac; 3° le corps étranger s'ouvre une nouvelle voie par l'inflammation ulcérative. Il va dans le tissu cellulaire former un abcès, lequel est percé sur un point de la peau plus ou moins éloigné de l'œsophage, et avec le pus, le corps étranger est éliminé; 4° au lieu de suivre cette voie, il peut passer de l'œsophage dans un autre conduit : des voies digestives, il passera, par exemple, dans les voies de la respiration ou de

la circulation. Ainsi, Dupuytren a vu un corps étranger de l'œsophage passer dans la trachée. M. Bernest a observé la perforation de l'artère pulmonaire. MM. Laurencin et Leger parlent du même accident arrivé à l'aorte (1); 5° les corps étrangers volumineux produisent une prompte suffocation quand ils sont à l'embouchure de l'œsophage, car alors ils compriment l'entrée du larynx, et la suffocation a lieu. Elle est moins prompte, mais non moins sûre quand un corps étranger volumineux déjà engagé dans l'œsophage, comprime fortement le conduit aérien; 6° on n'oubliera pas que l'inflammation du tissu cellulaire profond du cou, déterminée par le corps étranger, peut, à elle seule, tuer le malade, et qu'il n'est pas sans exemple que des congestions cérébrales aient été produites par un corps étranger très volumineux comprimant les vaisseaux du cou. »

« Les partisans de la temporisation, ceux surtout qui s'opposent à l'œsophagotomie puisent leurs argumens dans les trois premières éventualités. Les chirurgiens qui préfèrent une pratique plus active opposent les deux dernières qui sont des accidens. Le praticien de notre époque qui s'est le plus occupé de cette question est partisan de l'œsophagotomie. M. Bégin, auteur d'un travail important sur cette opération, a sans faire de grands frais d'érudition, a rassemblé plus de vingt cas de mort récemment observés dans l'armée, sans qu'un seul exemple de guérison établisse la moindre compensation en faveur de l'inaction. » (V. *Élémens de chirurgie*, par M. Bégin, Paris, 1838).

La médecine opératoire possède trois procédés pour débarrasser l'œsophage d'un corps étranger, ils correspondent

(1) *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 93, 124.

aux trois premières éventualités dont il vient d'être question.

1° *Extraction par la bouche.* — Ce procédé correspond au vomissement.

2° *Propulsion.* — Le corps étranger est poussé vers l'estomac, c'est une déglutition forcée.

3° *Œsophagotomie.* — C'est l'extraction par une voie accidentelle. Le bistouri ouvre la voie d'élimination, laquelle est tracée par l'ulcération, quand c'est la nature qui fait tous les frais.

d. Dans le plus grand nombre des cas, mieux vaut faire sortir le corps étranger par la voie qu'il a suivie en entrant, ou par la voie naturelle. Ainsi, il est plus rationnel d'extraire les corps étrangers de l'œsophage par la bouche, et ceux de la vessie par l'urèthre. Mais il y a quelquefois impossibilité d'agir ainsi. Il faudrait qu'un calcul fût bien petit, pour que la voie offerte par l'urèthre pût suffire à son élimination. Alors se présentent deux autres indications : diviser les tissus ou diviser le calcul. Sur ces deux données reposent deux méthodes rivales, la taille et la lithotritie. Quelquefois on est obligé de remplir en même temps ces deux indications. Ainsi, dans les cas de calculs très volumineux, après avoir fait la taille, on a voulu diviser le calcul pour faciliter son extraction. Dans les cas de séquestre volumineux, après avoir incisé les tissus qui le recouvraient, Dupuytren divisa la portion d'os devenue corps étranger, avec un instrument analogue à ceux des lithotriteurs, et en fit l'extraction partielle ; ce qui nécessita de moins grandes incisions et causa moins de désordre.

Quelquefois, au lieu d'extraire un corps étranger, il se présente une autre indication, c'est celle de le faire changer de place, pour le mettre dans des circonstances favorables à une espèce de digestion. Ainsi, nous avons vu qu'il est quel-

quefois indiqué de déplacer le corps étranger de l'œsophage pour le faire tomber dans l'estomac, afin de le soumettre à l'action de cet organe, qui le fera souvent disparaître en le digérant. Comme on le pense bien, il serait dangereux de déplacer ainsi tous les corps étrangers; on peut bien le faire pour des matières alimentaires, qui, par leur forme, leur souplesse et leur digestibilité favorisent et rendent rationnelle *la propulsion*. Mais, quand il s'agit d'un corps étranger métallique ou d'un os, l'extraction vaut mieux. Les corps étrangers qui se forment dans l'œil, la cataracte offre aussi cette double indication. On l'extrait ou on la déplace, pour lui faire subir une espèce de digestion. Quelquefois même le corps étranger est broyé, et, sans être déplacé, il est dépouillé des élémens qui le font vivre; il est donc neutralisé sur place. Ici se présentent la méthode du broiement et le procédé Furnari. Je répéterai ce que j'ai dit pour les corps étrangers de l'œsophage. Toutes les cataractes ne sont pas également digérées. Il est d'autres circonstances, qui tiennent à la nature, à la conformation, à l'état de l'œil, qui indiquent de suivre plutôt l'indication qui veut extraire, que celle qui commande de déplacer. En parlant de l'opération de la pupille artificielle, j'ai dit qu'il serait parfaitement inutile de réparer l'œil comme instrument, si, comme organe de sensation, il était inhabile à fonctionner. Ainsi, si l'innervation est en mauvais état, si, derrière le voile formé par la cataracte il n'y a rien pour voir ou regarder, qu'importe que vous déchiriez ou que vous enleviez ce voile, et que vous donniez la lumière à un organe qui ne peut plus se mettre en rapport avec elle. On a bien dit que l'excitation produite par l'opération de la cataracte guérirait l'amaurose. Mais il n'y a que les opérateurs à tout prix qui soutiendraient cela. Quel-

quelquefois, au lieu d'extraire d'un seul coup le corps étranger, on l'arrête à moitié chemin, on lui fait subir d'abord une espèce de *demi-déportation*; après un certain temps on l'élimine complètement; c'est alors là une opération *en deux temps*. Cette méthode vient d'être appliquée par M. Goyrand, à l'extraction des corps étrangers des articulations (V, p. 63).

e. Il est des contre-indications à l'extraction qui sont fournies par le siége, par la nature, la gravité des désordres produits par la présence des corps étrangers dans nos tissus. Ainsi il serait plus prudent de laisser un corps étranger dans la profondeur de la masse encéphalique que d'aller à sa recherche par des manœuvres fort dangereuses, lesquelles ne donneraient pas toujours la certitude de trouver le corps étranger, encore moins celle d'une guérison. Il serait parfaitement inutile et dangereux d'aller à la recherche d'un plomb de chasse introduit dans le fond de l'œil; d'abord parce que cet organe est alors déjà perdu, ensuite parce que s'il ne l'était pas encore l'opération nécessaire à l'extraction du plomb troublerait ses milieux au point de rendre la vision impossible. Parmi les corps étrangers de l'œil qui viennent de dehors il n'y a que ceux qui offrent une prise au dehors et ceux de la chambre antérieure qui doivent être extraits.

Pour ce qui est des désordres occasionés par la présence des corps étrangers, on en a des exemples frappans dans l'histoire des calculs urinaires. Par leur séjour très long-temps continué, leur nombre, leur volume, ils peuvent amener de telles détériorations dans l'appareil urinaire que, même après l'extraction la plus complète, la mieux faite de ces corps, la continuation de la vie est impossible. D'ailleurs il n'est pas rare de trouver des calculs dans les reins quand il y en a dans la vessie, car trop souvent la source, la carrière est

dans les reins. Eh bien ! alors, quels résultats satisfaisans peuvent avoir la taille ou la lithotritie ? Un confrère fort obligeant, qui se connaissait en calculs et en calculeux, voulut bien m'offrir l'occasion de pratiquer ma méthode de tailler. Il me donna un sujet qui avait un gros calcul dans la vessie. Mais comme il y avait, en même temps, émaciation considérable de tout le corps, une infiltration d'une cuisse et des douleurs violentes dans les reins, je remerciai le confrère, je résistai aux sollicitations de la femme de ce malheureux et au désir bien naturel pour un auteur d'employer une méthode qu'il croit bonne. Le malade mourut bientôt avec son calcul. L'autopsie nous montra une désorganisation des plus complètes de la vessie et des calculs dans un rein, une altération profonde de cet organe et une suppuration du tissu cellulaire du bassin. Si j'avais opéré ce malade, il serait mort encore plus tôt, il eût souffert davantage et le chiffre des insuccès de la taille eût été augmenté. Ce fait est encore un de ceux qui prouvent que la gravité de l'affection est quelquefois une contre-indication. Ici, il n'y avait pas contre-indication mais corrépugnance, c'est-à-dire, deux fois contre-indidication. J'aurais donc fait deux fautes en opérant.

SECTION DEUXIÈME.

Lésions organiques.

a. Ce sont des lésions de nutrition qui, comme le dit M. le profr. Andral (1), 1° changent le nombre des molécules d'un tissu ; 2° changent leur consistance ; 3° changent la nature des molécules.

Ces modifications nutritives forment la plupart des tu-

(1) *Anatomie pathologique*, Paris, 1829, 3 vol. in-8°.

meurs, maladies que le chirurgien est si souvent appelé à traiter et qui sont quelquefois d'un diagnostic si difficile. En pratique, il est très utile d'établir deux classes parmi ces tumeurs; les unes seront *bénignes* les autres *malignes*.

b. Les *tumeurs bénignes* sont dues à des changemens dans le nombre, la consistance des mollécules d'un tissu. Ce sont des hypertrophies, des indurations simples, ou bien des transformations qui répètent des tissus existant déjà dans l'économie. Ces tumeurs n'ont pas ordinairement une influence générale sur l'organisme. Elles n'agissent que comme corps étrangers, elles n'ont qu'une action physique sur la région qu'elles occupent. Cependant elles ont leur danger; car, comme corps étrangers, par leur position, leur volume, elles peuvent gêner ou même abolir des fonctions très importantes, et d'ailleurs il leur arrive de dégénérer et de passer dans la classe suivante :

c. Les *tumeurs malignes* sont produites par un changement dans la nature des molécules d'un tissu, changement tel que le nouveau tissu ou la matière nouvellement produite n'a rien d'analogue avec le tissu primitif ni avec les autres tissus de l'économie. C'est du tubercule, c'est de la matière squirrheuse, encéphaloïde, mis à la place du tissu cellulaire, d'un os, d'une glande ou d'un muscle; tissus ou organes qu'il n'est plus possible de ramener à leurs conditions normales; au contraire, le nouveau tissu envahira les organes voisins, les détruira par l'ulcération, se détruira lui-même sur un point pour se reproduire ailleurs, et finira par agir sur l'ensemble de l'économie et lui imprimer une physionomie que le praticien sait reconnaître.

La thérapeutique médicale pourrait, à la rigueur, avoir quelque prise sur les tumeurs de la première espèce, les *tu-*

meurs bénignes : ainsi on a vu des exostoses disparaître sous l'influence du mercure ; tandis que la même thérapeutique est complètement impuissante pour la guérison des *tumeurs malignes*. Mais on se tromperait si on croyait la chirurgie plus puissante pour réellement guérir. Elle peut *détruire*, *retrancher* un organe cancéreux ; elle ne le guérit pas. Or, comme le but de la chirurgie est de *conserver et non de détruire*, on voit que la chirurgie est en opposition avec ses principes, quand elle s'arme du feu ou du fer pour détruire ou retrancher. Mais un autre principe plus puissant et antérieur à celui que j'ai énoncé vient et dit qu'il *faut savoir sacrifier la partie au tout*. Pour remplir complètement l'indication qui ressort de ce principe, il faut que le mal soit bien limité et que ce *tout* ne participe pas à l'affection de la partie que l'on veut détruire. Or, une limitation exacte des lésions organiques de la deuxième classe est rare. Presque toujours, en effet, quand on trouve des tubercules dans un de nos tissus, ils sont répétés dans les poumons. Et ensuite, combien y a-t-il d'affections cancéreuses qui n'aient pas de racines profondes, cachées dans tout l'organisme. L'existence d'une lésion viscérale compliquant la dégénérescence et la presque certitude de la récidive devraient donc éloigner les chirurgiens de toute opération pour les cas de tumeurs malignes et les ramener au premier principe. Mais comme la lésion viscérale n'est pas toujours aggravée par l'opération et que quelquefois la récidive se fait attendre long-temps, les chirurgiens se sont déterminés à opérer les tumeurs malignes. Cependant tout ce que je viens de dire prouve avec quelle réserve ces opérations devront être entreprises. On sera d'autant plus réservé que l'opération sera plus grave.

d. Les opérations qui sont indiquées par les lésions dites or-

ganiques ont pour but : 1° de retrancher, d'enlever l'organe ou la partie d'organe malade (amputation, résections, extirpation); 2° de les détruire (cautérisation, broiement); 3° de les priver complètement ou incomplètement de leurs moyens de nutrition ou de modifier celle-ci (compression, ligature, acupunture, séton, etc.). Les amputations et les résections sont les opérations les plus graves, il n'y a guère que les opérations pour des tumeurs très volumineuses ou très profondément situées ainsi que la taille et la bronchotomie, qui puissent leur être comparées sous ce rapport. Les amputations et les résections seront, en général, d'autant plus graves qu'elles seront faites plus près du tronc. Cependant, quelquefois elles devront être pratiquées même pour des tumeurs bénignes. Ainsi une exostose qui naît sur la face interne du maxillaire inférieur et qui par un grand développement, gêne la déglutition et même la respiration, pour cette exostose, l'amputation de la mâchoire est indiquée. En parlant des amputations pour des lésions physiques, j'ai supposé, en général, l'organisme sans complications viscérales. Elles sont, en effet, très rares alors, car l'accident saisit ordinairement l'individu, en pleine santé. Ici, au contraire, il y a trop souvent, avec la maladie qui nécessite l'opération, d'autres maladies qui quelquefois même sont le point de départ de la première ; ce qui est le plus grave et non le moins fréquent, c'est la participation de tout l'organisme à l'affection qui semble indiquer l'opération. De là, non-seulement une contre-indication, mais une *corrépugnance*. Cependant, il est un état général qui, pour quelques praticiens, ne contre-indique pas absolument l'amputation : c'est l'état scrofuleux peu prononcé. Selon ces chirurgiens les moyens de nutrition qui étaient destinés à la partie enlevée reviennent à ce qui reste de l'organisme. Celui-ci se trouvant moins pauvre en matériaux

nutritifs reprend vigueur, réagit contre la cause des scrofules. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer certains succès dans des cas d'amputation, malgré la phthisie et dans des cas de carie sur des points de squelette autres que celui dont la lésion avait nécessité l'amputation. Il faudrait avoir suivi long-temps les phthisiques ainsi opérés et les sujets ayant plusieurs caries pour pouvoir se prononcer sur une pareille question.

Il serait convenable aussi de préciser d'avance le degré de la phthisie. D'ailleurs il faut savoir que la phthisie a, comme toutes les maladies de cette classe, des momens de *tolérance* qui peuvent même durer des années. Si on ampute, pendant un moment de tolérance, le chirurgien l'attribuera à l'amputation, il lui arrivera de parler de cure radicale, car *post hoc ergo hoc*, principe presque toujours mal appliqué, surtout par les chirurgiens.

Les faits de répits d'une maladie viscérale, après une grande opération, ne devront pas faire méconnaître les principes de prudence dictés par les meilleurs maîtres, et confirmés par nos nombreux insuccès.

e. Il y a un certain état de faiblesse générale qui, au lieu de contre-indiquer les amputations, semble, au contraire, renforcer l'indication, surtout quand cette faiblesse n'est pas le produit d'une lésion viscérale. Cependant il ne faudrait pas abuser des faits qui donnent une certaine autorité à l'opinion que j'expose ici ; car, s'il est vrai que la faiblesse générale rend moins vive la réaction qui suit une opération, il est tout aussi vrai et plus vrai encore que cette même faiblesse peut singulièrement favoriser le prolapsus qui suit ordinairement les grandes opérations, et qui les rend mortelles. La chute des forces est plus facile quand les forces

sont épuisées. Je sais qu'il est des faits qui semblent prouver le contraire; mais alors dans le plus grand nombre des cas, un mauvais moral, de vives souffrances ont promptement épuisé les forces. D'ailleurs il est des individus qui ont les apparences de la force et qui ne sont rien moins que forts. Il n'y a rien de plus trompeur que les signes extérieurs de la force.

Il faut donc être très prudent quand on peut constater qu'il y a peu de forces. S'il y a des signes d'un épuisement marqué, on devra s'abstenir. Cependant toutes les amputations ne sont pas dangereuses au même degré; elles n'ébranlent pas également l'organisme. Il y a loin de la résistance qu'il faut à un malade pour supporter une amputation du membre inférieur, à celle qui est nécessaire pour subir convenablement une amputation du membre supérieur. Il y a même une différence, pour la gravité, entre une amputation faite à la racine ou vers l'autre extrémité des membres, c'est ce qui fait l'excellence de la règle qui veut qu'on ampute le plus loin possible du tronc.

Il y avait une exception à cette règle; elle était consacrée par deux noms vénérés par les chirurgiens, celui de Paré et celui de Sabatier. Cette exception portait sur l'amputation de la jambe, qu'on faisait *au lieu de la jarretière* (lieu d'élection), dans tous les cas, même pour des lésions du pied. M. Goyrand, en détruisant cette exception et en faisant triompher la règle, a rendu un service signalé à la chirurgie. Ainsi, beaucoup de cas d'amputations de jambes qui semblaient contre-indiqués par la trop grande faiblesse du sujet, ne le sont plus depuis l'adoption de l'amputation sus-malléolaire, car cette amputation ébranle bien moins l'organisme que celle près



du genou ; la surface traumatique étant considérablement diminuée, la réaction est réduite d'autant, d'où la nécessité d'une somme moins grande de forces pour résister aux accidens, d'où plus de chances de succès chez les sujets dont l'affaiblissement semblait contre-indiquer l'amputation de la jambe. M. Goyrand a parfaitement saisi et fait valoir cette donnée; il a aussi dirigé l'emploi des moyens prothétiques. Aussi suis-je étonné de voir la petite place qu'on fait à son nom, quand on écrit sur un sujet qu'il a si bien éclairé.

f. L'*extirpation* des tumeurs ne doit être faite qu'après avoir épuisé les moyens médicaux et les moyens directs peu dangereux, et après avoir constaté l'impuissance de la nature pour leur guérison. Cependant il ne faudrait pas abuser même de ces moyens. Ainsi, ce qu'on appelle *cura famis*, ce traitement basé sur une diète des plus sévères, pourrait faire disparaître quelques tumeurs bénignes, mais jamais un cancer long-temps prolongé ; une pareille diète peut détériorer la constitution au point de la faire succomber sous une opération, quand il faudra absolument la pratiquer. Les émissions sanguines locales souvent répétées et dont un chirurgien a fait si grand bruit dans ces derniers temps, ces saignées peuvent amener le même résultat par leur abus. Appliquées avec ménagement, elles ont quelquefois dégagé les environs de la tumeur, l'ont rendue plus mobile, plus facilement opérable. Elles ont quelquefois aidé certains moyens, par exemple, la compression. Mais jamais seules, jamais avec la compression, jamais avec tous les fondans possibles, on ne leur verra guérir une tumeur maligne. Restera toujours un noyau

qui sera l'écueil de tous les moyens thérapeutiques. L'extirpation est donc indiquée.

Si l'opération ne doit pas compromettre des nerfs et des vaisseaux considérables, si la tumeur n'est pas voisine d'un organe important, on peut même l'extirper avant l'emploi des moyens médicaux. On le fait pour des tumeurs bénignes. Ainsi, dans les cas d'hypertrophie des amygdales, mieux vaut procéder de suite à leur résection que de chercher à combattre cette hypertrophie par des moyens directs ou indirects qui échoueraient, dans le plus grand nombre des cas, après avoir singulièrement fatigué et quelquefois compromis l'organisme. Ici même, on peut s'éloigner de la règle qui veut, qu'en opérant, on dépasse les limites du mal, ce qui rend l'opération et beaucoup plus facile et beaucoup moins dangereuse. En effet, il y a loin d'une opération qui consiste à n'enlever des amygdales que ce qui dépasse en dedans les piliers du voile du palais à l'opération qui nécessite leur éradication complète. On est forcé de le faire quand les glandes sont cancéreuses; mais alors l'opération rentre dans la classe des opérations difficiles, douloureuses, dangereuses, et dont le succès est toujours très douteux.

Il y a des hypertrophies des ganglions lymphatiques avec un fond tuberculeux dont l'extirpation peut être faite avant d'épuiser les autres moyens thérapeutiques au point de fatiguer l'économie; car les opérations pratiquées pour de pareilles tumeurs sont généralement peu graves; même quelquefois quand elles siégent dans des régions importantes de l'économie et à une certaine profondeur. Ainsi, au cou, on extirpe des ganglions quelquefois très profondément situés, et ces extirpations ne sont pas ordinairement suivies

d'accident. L'explication de cette espèce d'innocuité peut être fournie par la poche, le kyste qui enveloppe ces tumeurs ; en ouvrant seulement cette poche, en *déshabillant* la tumeur avec les doigts ou le manche du scalpel, on ne craint pas de léser les organes sous-jacens, d'abord protégés par cette tunique, laquelle sert aussi de barrière à l'inflammation et aux infiltrations purulentes. Mais le chirurgien prudent remarquera qu'il arrive souvent que ces tumeurs disparaissent quand vient l'âge de la puberté ; il ne se hâtera donc pas de les extirper chez les enfans. Cette disparition a lieu surtout quand il n'y a pas de tubercules dans la tumeur.

g. J'ai dit tantôt qu'on pouvait dans certains cas, se borner à l'enlèvement d'une partie d'un organe. C'est une exception en faveur de certaines hypertrophies. Mais pour les vrais dégénérescences, ce serait une faute de faire une extirpation incomplète ; il est toujours indiqué d'enlever tout le mal, et quand il s'agit d'un cancer il est de règle de sacrifier entièrement l'organe dans lequel il est né. Que dirait-on d'un chirurgien qui enlèverait un segment d'un testicule pour un squirrhe de cet organe, qui respecterait une partie du sein pour un cancer non enkysté de la glande elle-même ? Et cependant on a beaucoup fait d'amputations partielles de l'utérus ; on n'amputait en effet que le col ; et cela, sans pouvoir constater d'une manière précise les bornes du mal. Car, même avec le luxe de nos moyens d'exploration, je défie le chirurgien le plus habile de me dire où s'arrête une affection cancéreuse du col de l'utérus. Le plus souvent on ne peut le dire même quand on peut entièrement palper l'organe, le sein, par exemple. Quand il y a cancer bien connu de l'utérus, la logique voudrait qu'on enlevât tout l'organe ; mais le bon sens chirurgical s'y opposera toujours. Ainsi, il est in-

diqué dans toutes les dégénérescences de dépasser, en opérant, les limites du mal. Mais quand, pour franchir ces limites, il faut pénétrer dans une grande cavité, les contre-indications se présentent en foule et se dressent devant la conscience du chirurgien. Je sais qu'on a découvert le cerveau pour l'ablation de certaines tumeurs intra-crâniennes ; on a mis le cœur à découvert pour des lésions graves des parois pectorales ; on a suivi le cancer du testicule jusque dans le ventre. Je connais ces hauts faits. Je sais aussi qu'il est aujourd'hui encore des chirurgiens qui ont assez d'audace et d'habileté pour aller jusque-là et plus loin encore. Mais, comme il faut avec ces deux qualités une autre chose que je n'ai pas et que je ne souhaite pas à mes lecteurs, je déclare que je n'entreprendrai jamais de pareilles opérations et je ne puis les conseiller.

h. D'ailleurs il y a une chose qu'on ne dit pas assez souvent : c'est qu'il y a des dégénérescences malignes qui laissent vivre très long-temps des malades dont la vie aurait été certainement compromise par l'opération qu'elles semblent nécessiter. On observe surtout cela chez les vieillards. Alors, ces tumeurs redoublent pour ainsi dire de chronicité, l'organisme semble les avoir oubliées, elles s'endurcissent plutôt que de se ramollir pour s'ulcérer ; en attendant, le vieillard continue à vivre. Je connais une vieille femme qui porte depuis 15 ans un squirrhe au sein et qui n'a jamais voulu se laisser opérer malgré les propositions qui lui ont été faites par plusieurs chirurgiens. Elle a maintenant 75 ans. Peut-être n'aurait-elle pas atteint cet âge si on l'eût opérée. Il faut savoir une chose, c'est que, le plus souvent, ce n'est pas dans le bien que nous avons à choisir, mais dans le mal : Or, le plus mauvais choix n'est pas toujours

fait par le sort. Cette circonstance, c'est-à-dire, cette espèce de chronicité des affections cancéreuses chez certains vieillards, fortifie la contre-indication tirée de l'âge avancé qui, le plus souvent, met les malades dans l'impossibilité de résister aux accidens de l'opération.

La *destruction* de la tumeur peut s'opérer par les caustiques ou le broiement. Ainsi les polypes ont été brûlés, et M. Récamier en opère quelquefois le broiement. De pareils moyens ne peuvent être indiqués que quand la dégénérescence a une forme polypeuse ou quand elle est peu considérable; ou bien on cautérise, pour compléter certaines extirpations qu'on n'a pas osé achever avec le bistouri. On peut dire à-peu-près la même chose de la ligature employée pour faire tomber certaines tumeurs.

j. Ce sont surtout les lésions organiques du système vasculaire qui exigent des procédés propres à arrêter les moyens de nutrition ou à les modifier de manière à faire disparaître les tumeurs, ou à les placer dans des conditions qui fassent cesser les accidens dont elles sont quelquefois le siège ou disparaître l'embarras, la gêne qu'elles causent. La ligature est le premier de ces moyens; elle est employée pour les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles.

k. Pour les anévrysmes s'élève une question à laquelle j'ai déjà touché : c'est celle de savoir si les moyens médicaux ne devraient pas toujours précéder l'opération; s'il ne faudrait pas les épuiser avant d'entreprendre l'opération. Il est de ces moyens dont le danger et les inconvéniens sont tels que l'opération leur est en général préférable (je parle des anévrysmes externes). Ainsi la méthode de Valsalva est dans ce cas. Quand elle échoue, elle laisse le malade dans des conditions très peu favorables à une opé-

ration et même à la cure spontanée ; car un sang appauvri se coagule difficilement et prédispose aux hémorrhagies consécutives et à leur persistance. D'ailleurs, pendant le temps employé aux moyens médicaux, la tumeur fait des progrès qui rendent le succès de la ligature toujours plus douteux.

Cependant il est des cas où la méthode de Valsalva seule, ou aidée des moyens accessoires, est l'unique ressource qui reste au chirurgien. Elle doit être préférée à la ligature quand l'anévrysme se trouve avec le tronc dans des rapports qui ne permettent pas l'emploi prudent, méthodique d'une ligature. Il est vrai que l'adoption de la méthode de Brasdor et les progrès de la chirurgie hémostatique rendent tous les jours plus rares ces exceptions. Cependant il faut encore en faire, car il y a des limites à tout.

l. Les anévrysmes indiquent des opérations qui sont dans la classe de celles que l'on pratique pour sauver les jours du malade. Il n'en est pas de même des varices, car les cas où elles ont donné lieu à des accidens mortels sont très rares. Aussi doit-on rarement se permettre ces opérations qui sont contre-indiquées par le peu de gravité de la maladie, par l'extrême fréquence des récidives, et surtout par la phlébite qui peut être causée par nos manœuvres. C'est la méthode qui fera le plus facilement éviter cet accident si grave qui devra être préférée. Les opérations de varices ont cependant presque toutes pour principe une action sur les veines malades. C'est une ligature, une piqûre, une compression. On traverse les veines après avoir divisé la peau, on passe derrière la veine pour la lier, on la comprime directement ; ou bien on agit d'abord sur la peau.

Cette dernière que j'appellerai *sous-cutanée*, est celle que

M. Sanson applique au traitement des varices des membres, celle qui fait la base du procédé de M. Breschet pour la guérison radicale du varicocèle. Dans cette méthode, c'est sur la peau qu'on agit d'abord. La veine est oblitérée avant la division des tégumens, qui sont quelquefois respectés (Sanson). La crainte de la phlébite grave disparaît donc et on n'obtient que la *phlébite oblitérante*, comme le dit M. Cruveilhier (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, pag. 637).

Si les faits publiés dans la brochure de M. Landouzy, élève distingué de M. Breschet, se multiplient, les indications pour le traitement du varicocèle se multiplieront aussi. Mais ne perdez jamais de vue qu'il s'agit ici d'une infirmité et non d'une maladie qui menace les jours du malade. Dionis a fait une division toute pratique des opérations; il en est qui sont instituées pour sauver la vie, d'autres pour la commodité de la vie. Or, si pour cette *commodité* on tuait le malade, le but de la chirurgie ne serait pas atteint. Ceci s'applique à toutes les opérations pratiquées pour des infirmités avec lesquelles on peut vivre.

m. Les tumeurs érectiles participent quelquefois des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Dans certains cas, elles compromettent singulièrement les jours du malade.

Il faut donc quelquefois ou les enlever ou les détruire, ou modifier leur circulation de manière à ce qu'elles disparaissent ou qu'elles changent de nature afin qu'elles ne soient plus dangereuses.

C'est surtout cette dernière indication que l'on remplit aujourd'hui par de petits sétons, des aiguilles avec lesquelles on traverse ces tumeurs, avec des caustiques. Mais même ces opérations ont leur danger. Il faudrait donc encore être réservé ici, et n'opérer que les tumeurs qui ne peuvent dispa-

raître par des moyens plus doux et même spontanément. Ces cures, dues aux efforts de l'organisme, sont plus fréquentes qu'on ne pense. J'en ai publié six exemples que je dois à l'obligeance de M. le professeur Moreau, qui m'en a promis autant.

SECTION TROISIÈME.

Lésions vitales.

a. C'est surtout, en envisageant les maladies sous leur aspect matériel, anatomique, qu'on découvre des indications pour la médecine opératoire; au point de vue opposé n'apparaissent que des indications qui sont du domaine de la thérapeutique médicale. Ce sont les résultats des lésions vitales que la chirurgie enlève et détruit; ainsi, la plupart des maladies qui m'ont fourni des indications chirurgicales, ne sont que des résultats d'une modification de la vitalité ; les lésions vitales elles-mêmes échappent à la médecine opératoire, car, une action physique ou chimique ne peut s'exercer que sur quelque chose qui a un corps; or, la lésion vitale, à son état virtuel (qu'on me passe cette expression), est insaisissable.

b. Cependant il est des chirurgiens qui ont cru trouver des indications chirurgicales dans les névralgies, les névroses; on a coupé, excisé, cautérisé des nerfs, pour guérir les tics douloureux, la sciatique, et on a tenté de pareilles opérations contre la nymphomanie. Mais comme il n'y a rien de plus fréquent, rien de plus varié que les communications nerveuses, comme il n'y a rien de plus communicatif, de plus expansible, que ce qui a trait au système nerveux, ses maladies sont rarement locales, surtout les névroses et les névralgies. De là, les insuccès des opérations tentées contre ces

maladies; de là la fréquence des récidives. Une maladie nerveuse permute ordinairement avec une autre maladie nerveuse, on ne la guérit pas; c'est-à-dire que son principe, son germe est indestructible. On échange souvent une névralgie contre une névrose, voilà tout; et souvent on perd beaucoup au change.

c. La lésion vitale parvenue au degré de l'inflammation, indique la plupart des *petites opérations*, saignées locales, générales, ventouses, vésicatoires, scarifications, etc.; comme on le pense bien, ce n'est pas ici le lieu d'examiner les indications de la *petite chirurgie*.

Il y a de grandes incisions multiples qui sont indiquées quand l'inflammation attaque certains tissus à une certaine profondeur et quand elle a un caractère particulier. Ainsi, dans certains cas de panaris, dans certains érysipèles phlegmoneux, ce sont de vrais débridemens que l'on fait; on remplit alors une double indication, on détend les tissus, et on donne issue à une certaine quantité de sang, on fait une vraie saignée.

d. La *gangrène* est un résultat immédiat et prompt de l'extinction de ce qu'on a appelé les propriétés vitales; c'est donc une lésion vitale au plus haut degré. On comprend qu'une modification thérapeutique ne peut avoir lieu que là où la vie existe; or comme elle est éteinte dans la gangrène, la gangrène ne peut être traitée. Mais il y a à aider la nature, à l'imiter quand elle procède à l'élimination de la partie mortifiée devenue corps étranger. Alors on agit sur toute l'économie pour qu'elle réagisse convenablement, ou sur les environs de la gangrène, pour mettre les parties vivantes dans des conditions favorables à l'élimination; enfin, on prend quelquefois le parti extrême de retrancher la partie, on fait

des amputations. Les anciens craignant l'hémorrhagie et une extrême douleur, se contentaient souvent de couper quelques lambeaux qui retenaient encore à l'économie la partie frappée de mort; quand ils amputaient, ils n'amputaient pas dans le vif. On voit encore Fabrice d'Aquapendente sanctionner cette pratique qui, cependant avait déjà été modifiée dans des temps très antérieurs à l'époque de Fabrice, puisqu'on voit Celse établir, en principe, de remonter jusqu'aux chairs vivantes. Aujourd'hui l'indication est précise, on coupe toujours loin du mort; et c'est une extrême nécessité qui seule oblige le praticien à laisser des parties mortes.

e. Il est des cas où il y a contre-indication à l'amputation dans les cas de gangrène, c'est, le plus souvent, quand elle reconnaît pour cause une lésion de l'appareil circulatoire. La contre-indication se fortifie à mesure que la lésion porte sur un point de cet appareil plus rapproché du centre. Il y a triple contre-indication, quand le centre lui-même est malade. Ce ne sont pas seulement des lésions de l'appareil circulatoire qui produisent ce qu'on a appelé gangrènes spontanées; il est des lésions de l'appareil nerveux et d'autres circonstances, que nous ne pouvons pas toujours apprécier, qui donnent lieu à cette espèce de gangrène. C'est surtout pour elle qu'il faut attendre la limitation naturelle du mal, avant d'entreprendre une amputation. La gangrène par congélation est dans le même cas.

Un mot sur la prothèse.

Souvent, après nos opérations, après certaines gangrènes, certains ulcères, restent des brèches à réparer, des parties à remplacer. On remplit cette indication par des moyens artificiels mécaniques ou par l'autoplastie. On devra, en général, préférer les moyens artificiels. Cependant, sur la face,

quand, sans de grands dangers, on pourra, par l'autoplastie, protéger un œil privé de sa paupière naturelle, combler un vide à la joue qui laisse écouler une grande quantité de salive, on sera autorisé à pratiquer l'autoplastie; car ici, ce n'est plus une opération de luxe, mais une opération nécessaire à la conservation de la vie. L'autoplastie, appliquée au traitement des anus contre-nature, selon la méthode de M. Velpeau, doit être rangée dans la même catégorie. Mais la question change, quand il s'agit de refaire un nez.

f. Voici une page écrite sous l'impression d'un fâcheux évènement; elle trouve sa place dans cette thèse :

« Une chose surtout qu'on n'oubliera pas avant d'entreprendre la rhinoplastie, c'est qu'il s'agit alors d'une opération grave et dont le but n'est pas de guérir une lésion incompatible avec la vie. La main la plus heureuse, la plus habile agissant sur le sujet le mieux disposé ne peut corriger que très imparfaitement une difformité à la vérité hideuse. Les nez ainsi fabriqués ne ressemblent pas mal à des tubérosités des racines de certaine plante de la famille des solanées; ils deviennent toujours plus laids en vieillissant, ils finissent par se ratatiner, ou bien, ils s'aplatissent et ressemblent à ceux de ces vénériens qui ont les os du nez et la cloison nasale détruits. Alors les parties molles s'affaissent complètement. Ces malheureux sont horriblement camards et ont une voix nasillarde des plus désagréables.

« Beaucoup de malades regrettent d'avoir acheté par des dangers de cruelles et longues souffrances un nez si peu présentable; ils préfèrent alors un nez artificiel, il en est de si bien faits, on les adapte si artistement à des lunettes, qu'il faut y regarder de près pour reconnaître la prothèse. J'ai ouï dire que M. Marjolin a disséqué, pendant une saison en-

tière, avec un élève qui portait un nez de carton et ne s'en aperçut pas.

« Il y a quelques années un chirurgien étranger très habile dans l'art de rapiéceter la face passa à Paris; il fut reçu de ses confrères comme on reçoit les hommes de talent. On lui chercha des nez à refaire. Il en refit beaucoup, en peu de temps, et on a parlé de deux morts sur quatre opérés. Voici un fait qui se rattache à ce voyage; je désire qu'il reste dans la mémoire des élèves comme il est gravé dans la mienne : Un infirmier d'un grand hôpital de la capitale avait une petite perte de substance à une aile du nez, qui l'inquiétait fort peu. Un homme qui se faisait la barbe une fois par semaine et qui était destiné à vivre avec des malades, ne devait guère tenir à la beauté, à la symétrie de ses formes. Mais on lui donna des idées de coquetterie. Enfin on l'amena à subir une opération dont il ne connaissait nullement les dangers. On ne chercha pas à combler la perte de substance du nez avec la peau voisine ; comme une aile du nez était plus courte, on songea à mettre l'autre de niveau, afin de faire un nez plus court.

« Pour cela il fallut fendre cet organe de sa racine à sa pointe, retrancher une partie de la cloison et une partie de l'aile intacte, puis on pratiqua une infinité de points de suture et on présenta un miroir au malade qui fut stupéfait de sa laideur. Le lendemain survint une érisypèle qui se communiqua au cuir chevelu, et qui fit périr le malade en peu de jours !

« Toute réflexion devient inutile, ce fait parle assez haut. »

Je terminerai par un passage que je n'ai pas écrit pour la circonstance, mais qui cependant trouve ici son à-propos :

« Je crois avec J. Bell que nous avons une prévention

un peu trop favorable pour notre art, un goût trop décidé pour les entreprises les plus hardies, et, par suite, une trop grande méfiance pour l'autocratie de la nature. J. Hunter, une des plus grandes gloires de notre art, accordait une extrême confiance aux ressources de l'organisme, il disait que l'absorption selon sa plus ou moins grande activité, selon sa direction, peut produire la fonte de certaines tumeurs ou l'élimination de certaines parties. En effet, la résolution des tumeurs, l'ulcération qui détache ses parties peuvent être dues aux forces absorbantes, il faut donc savoir les développer ou les diriger; le temps le fait quelquefois à lui seul. On le voit, j'incline vers ce que j'appellerai le *natuturalisme chirurgical.* Mais il y a loin de là à une réaction qui conduirait à proposer le désarmement de la chirurgie. »

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES HERNIES.

Supplément au mémoire de M. Velpeau, par M. Demeaux, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

Les observations qui vont suivre offrent un exemple bien constaté : 1° de hernie inguinale *oblique interne;* 2° de hernie *crurale externe;* 3° de hernie *crurale interne*. Elles confirment donc pleinement ce que j'ai dit de ces trois espèces nouvelles de hernies, et la classification que j'en ai proposée (p. 257) à ce titre et comme faits exceptionnels, je les crois dignes de fixer l'attention des chirurgiens.

ARTICLE Ier.

Hernie inguinale, interne ou oblique interne.

Un homme de 60 ans environ, mort au dépôt de mendicité de Saint-Denis, fut apporté aux pavillons pour servir

aux dissections de l'école pratique; il présentait au niveau de l'anneau inguinal du côté droit, une tumeur arrondie du volume d'un gros œuf; pensant qu'il s'agissait là d'une hernie inguinale incomplète, j'en entrepris sur-le-champ la dissection; avant d'ouvrir l'abdomen, j'enlevai, couche par couche, toutes les parties jusqu'au sac herniaire; je fus d'abord étonné de la quantité de graisse que je rencontrai, et je croyais que c'était une hernie graisseuse, lorsque au milieu de cette masse adipeuse, je trouvai une tumeur, que je reconnus être un sac herniaire, dans lequel était une petite portion d'épiploon; dès-lors j'ouvris crucialement la cavité abdominale, et de ce côté je vis une ouverture à travers laquelle j'introduisis une sonde de gomme. Celle-ci arriva à l'extérieur dans la tumeur que j'ai déjà mentionnée; je fus frappé de la direction de la sonde engagée dans ce sac herniaire, car elle était dirigée obliquement de dedans en dehors; j'annonçai immédiatement que j'avais trouvé une hernie directe; ce ne fut que le lendemain que je continuai la dissection; ayant vu chez le même sujet et du même côté, deux sacs de hernie crurale, je dus en différer l'examen, ne pouvant tout achever le même jour.

Je constatai les dispositions suivantes :

Du côté de la paroi abdominale, après avoir enlevé l'aponévrose du grand oblique pour mettre à nu le canal inguinal, j'ai vu que le sac hernaire était placé tout-à-fait à la partie interne de ce canal, qu'il le traversait seulement d'arrière en avant, et un peu obliquement dans le sens que j'ai déjà indiqué; au niveau de l'anneau, il venait se placer au devant du cordon, qu'il croisait pour ainsi dire.

Du côté du ventre, l'ouverture de la hernie était très rapprochée du *bord externe du muscle droit, au-dessus du liga-*

ment de Gimbernat, et *en dedans de l'artère ombilicale*; cette variété de hernie était évidemment engagée par *la fossette inguinale interne* ou pubio-vésicale; elle était éloignée de l'artère épigastrique d'un pouce environ.

Sur ce même sujet, il existait du même côté, ainsi que je l'ai déjà dit, deux hernies crurales, une en dedans, l'autre en dehors de l'artère épigastrique.

ARTICLE II.

Hernie crurale externe, chez l'homme.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Au mois de mai 1839, je pris pour des manœuvres opératoires, un cadavre à moitié putréfié, qui présentait du côté droit une hernie inguinale volumineuse; je me proposais de disséquer avec soin cette hernie; mais comme le ventre était déjà distendu par des gaz, et que la chaleur était assez forte, je fis immédiatement une incision qui me permit d'enlever une partie des intestins, et de mettre dans l'abdomen quelque liquide qui pût arrêter la putréfaction; j'aperçus aussitôt une grande masse intestinale à la partie inférieure et droite de la cavité péritonéale; le sac inguinal était rempli par de l'intestin; en soulevant ces parties, j'ai vu deux ouvertures que j'ai crues au premier aspect être des sacs de hernie crurale; le doigt, porté dans chacun d'eux, m'a permis de constater que le fait était exact; j'ai dû dès-lors continuer la dissection avec plus de précaution. J'ai cherché à découvrir les deux sacs au-dessous du ligament de Fallope; mais dans cette partie, la décomposition était tellement avancée, et la graisse en quantité si considérable, qu'il m'a été impossible d'isoler les aponévroses. J'ai mis à découvert les sacs

dont l'un plus volumineux (comme une grosse châtaigne), était placé au devant de l'artère crurale; l'autre plus petit, était en dedans de la veine; celui-ci renfermait des brides épiploïques, adhérentes; le premier était libre de toute adhérence; en examinant du côté du ventre, j'ai constaté que les deux ouvertures crurales étaient placées à un pouce environ de distance l'une de l'autre, l'une en *dedans* de l'artère épigastrique, en dehors du ligament du Gimbernat; la seconde, en *dehors* de cette artère, au devant de l'artère fémorale.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale, externe, chez l'homme.

Sur le cadavre qui présentait une *hernie inguinale interne*, j'ai constaté une disposition tout-à-fait analogue à celle que je viens de signaler; deux sacs herniaires existaient du même côté, allant tous les deux sous le ligament de Fallope; l'un était en *dehors* de l'artère épigastrique, l'autre en *dedans* avec les rapports ordinaires de la hernie crurale; les deux ouvertures étaient distantes l'une de l'autre de huit lignes environ; l'une d'elles (l'interne) présentait de nombreuses adhérences avec l'épiploon; en examinant les deux sacs séparément, du côté de la cuisse, on voyait le cordon spermatique entre les deux; les deux sacs herniaires étaient comme à cheval au-dessus de lui.

ARTICLE III.

Hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat du côté droit.

Un homme de 40 à 45 ans, d'une forte constitution, mais un peu chargé d'embonpoint, succombe à la suite d'une pleuro-pneumonie; j'ai disséqué son cadavre, en février 1839; en ouvrant le ventre, j'aperçus à la partie inférieure

de la paroi abdominale, un paquet d'intestins grêles qui avaient contracté à ce niveau des adhérences qui paraissaient anciennes, en détachant successivement les anses d'intestin, et les brides épiploïques, je vis une portion d'intestin recouverte d'épiploon, qui restait fixé au pubis; en examinant de plus près les parties, j'ai vu une ouverture à travers laquelle s'engageait une bride épiploïque qui, elle-même, adhérait à une anse intestinale appliquée immédiatement sur l'ouverture; je reconnus une hernie crurale; je détachai ensuite avec précaution l'intestin en conservant ses adhérences au sac, et à l'épiploon; cherchant à introduire un doigt dans le sac, j'éprouvai un grande résistance. L'ouverture était petite et peu dilatable, j'introduisis une sonde qui me permit de constater que, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans la hernie crurale, il n'y avait là aucune obliquité; le sac était dirigé directement en bas; cette première disposition attira mon attention; j'ai remarqué immédiatement après que l'entrée de la hernie était plus rapprochée du pubis que dans les cas ordinaires, et que d'ailleurs elle était *en dedans de l'artère ombilicale;* ces diverses circonstances m'ont porté à disséquer avec soin les parties. Voici ce que j'ai pu constater.

La hernie était en dedans de l'artère ombilicale comme je l'avais déjà remarqué; en disséquant le sac, au-dessous du ligament de Fallope, j'ai pu me convaincre qu'il était tout-à-fait en dehors de l'entonnoir crural; se détachant du ligament de Gimbernat, il était placé dans la *fossette crurale interne*, et n'avait aucun rapport avec le repli falciforme du *fascia lata*, il ne présentait aucune obliquité; ce sac avait le volume d'une noix, lorsqu'il était distendu par le liquide que j'y introduisais en le mettant dans une position déclive.

Du côté du ventre, après avoir détaché le péritoine et le tissu graisseux sous-péritonéal, je suis arrivé sur le ligament de Gimbernat; l'ouverture fibreuse qui donnait passage à la hernie, était de forme ovalaire, son plus grand diamètre étant dirigé d'arrière en avant. Le plan de cette ouverture était parallèle au ligament lui-même; le tissu fibreux qui la circonscrivait était très dense et comme hypertrophié; au dehors de l'ouverture herniaire, était une masse graisseuse qui, étant détachée, a mis à nu l'entonnoir crural et les vaisseaux cruraux; ceux-ci étaient; la veine (distendue par un algalie) à 7 lignes du bord externe de l'ouverture; l'artère à 10 lignes; j'ai encore pris les mesures suivantes, en comparant le ligament de Gimbernat des deux côtés.

De l'épine du pubis au bord libre du ligament de Gimbernat, du côté gauche; 18 lignes:

De l'épine du pubis au bord interne de l'ouverture herniaire, 9 lignes:

De l'épine du pubis au bord externe de l'ouverture herniaire, 15 lignes:

D'après ces nouvelles données, il n'était pas possible de mettre en doute le siége de l'ouverture herniaire, dans le ligament de Gimbernat.

REVUE CHIRURGICALE.

Kystes et abcès des grandes lèvres.

M. Boys de Loury a publié, sur ce sujet, dans la *Revue médicale*, un travail qu'il avait déjà lu à la Société de médecine de Paris. L'auteur est médecin d'un hôpital destiné au traitement des filles publiques. Il doit avoir écrit en présence des faits, ce qui donne une valeur à son mémoire.

M. Boys de Loury dit en commençant, que ce sujet a attiré plus d'une fois l'attention des praticiens. Eh bien! si ces praticiens avaient été cités avec leurs idées, ce mémoire n'eût perdu aucun de ses mérites; peut-être y aurait-il gagné au point de vue de l'utilité, et l'auteur eût donné une preuve de la bonne foi qu'il met à rendre justice aux contemporains. Nous montrerons comment cette lacune pourrait être remplie après avoir fait connaître le travail de notre confrère.

Selon l'auteur, les kystes des grandes lèvres sont des affections fréquentes; cependant il en est peu question dans la pratique de la ville, parce que les femmes du monde cachent le plus long-temps qu'elles peuvent une affection qu'on avoue avec répugnance, et qui peut être portée pendant un temps plus ou moins long sans danger; les filles publiques étant soumises à des examens fréquens, on trouve que ces tumeurs sont beaucoup plus communes chez elles. Il y a une cause de fréquence qui tient à leur profession, c'est l'action si fréquemment répétée du coït, souvent à un âge encore tendre et avec des organes peu proportionnés. Ces

tumeurs occupent ordinairement une seule lèvre, plutôt la gauche que la droite. Lorsqu'il y en a des deux côtés, elles sont souvent à la même hauteur.

Peu développées d'abord, elles peuvent ne pas paraître à l'extérieur, ce qui les fait méconnaître quelquefois; elles font à peine saillie à l'orifice du vagin, vers la muqueuse qui recouvre le côté interne de la grande lèvre ou repli de la petite. Il n'y a aucun changement de couleur à la peau. Le toucher constate une tumeur également arrondie, souvent dure, quelquefois élastique; selon l'auteur on peut y sentir une fluctuation manifeste. L'auteur aurait dû ajouter, quand elles ont un certain volume, car quand le kyste est petit, la fluctuation est impossible. Ils sont ordinairement indolens, ils sont souvent portés un grand nombre d'années sans autre inconvénient que la gêne qui résulte du poids et de la grosseur. Mais il en est qui se tuméfient rapidement, le tégument qui les recouvre rougit et devient douloureux: on observe cela après des fatigues, la marche, ou à l'époque des règles.

M. B. de Loury dit que ces tumeurs sont assez ordinairement placées au-dessous de la muqueuse; pourtant on les rencontre aussi placées profondément : elles sont presque toujours arrondies et globuleuses. J'ai constaté, nombre de fois, que les vrais kystes étaient profonds L'auteur en a rencontré qui formaient un chapelet composé de plusieurs kystes s'étendant dans toute la longueur du vagin. Il a vu aussi deux kystes accolés de telle manière, que l'extrémité de l'un paraissant à la grande lèvre, on put croire en avoir débarrassé la malade, après l'avoir ouvert: plus tard, on aperçut au fond de ce kyste, déjà ouvert, un petit orifice conduisant à une poche plus volumineuse, suivant les parois du vagin, et qui laissait

écouler, depuis l'opération, une humeur épaisse. On fendit alors toute cette poche dans la direction du vagin; et ayant écarté les bords de cette plaie, de manière que le fond du kyste parût à l'extérieur, la malade obtint une guérison complète.

Les kystes diffèrent entre eux autant par leur volume que par leur nature. On en voit sous la muqueuse vaginale qui ont le diamètre d'un pois; et progressivement il y en a qui ont des dimensions très considérables. L'ouverture des premiers est quelquefois spontanée. Ils sont, le plus souvent, remplis ou d'un liquide entièrement incolore, ou d'une humeur épaisse, gluante, de couleur jaunâtre ou opaline; cette humeur devient purulente. Lorsque les parois du kyste s'enflamment, on pourrait croire à l'existence d'un abcès. Lorsque ces tumeurs s'ouvrent naturellement, leur orifice ne se referme pas, il se rétrécit; la sécrétion de l'humeur continue à s'y faire; elle remplit l'espèce de sac qui en est la suite, et se vide de temps en temps. Elle irrite, enflamme les parties voisines, y cause des abcès; le seul moyen d'éviter ces accidens est d'ouvrir assez largement ces tumeurs, pour que le fond puisse se rapprocher

Ces kystes peuvent acquérir assez rapidement de grandes dimensions; ils dépassent facilement la grosseur d'une noix. Ils sont remplis par une matière liquide; tantôt la fluctuation y est manifeste; d'autres fois, la membrane du kyste est fort distendue par la matière qui y est accumulée. La tumeur semble formée par un tissu dur, sans élasticité; cependant l'ouverture de ces kystes donne issue à un liquide tantôt purulent, tantôt d'une autre nature. Rien n'est plus variable que la nature des matières que ces kystes renferment, depuis le liquide le plus clair et le plus trans-

parent jusqu'à une matière épaisse, noirâtre et ressemblant à du méconium, depuis un liquide purulent jusqu'à un ichor sanguinolent. J'ai même vu ces tumeurs contenir un sang qui avait l'apparence du sang veineux pur. Rien n'est plus commun, lorsqu'elles sont ouvertes, que d'en voir sortir du sang aux époques menstruelles. Je prie le lecteur de ne pas perdre de vue cette circonstance très remarquable de l'histoire des kystes; elle nous servira à toucher la question de la nature de ces kystes qui a été négligée par l'auteur. La matière a quelquefois l'odeur des matières fécales. Lorsque ces tumeurs ont été ouvertes avec le bistouri, on voit la membrane qui forme leur enveloppe, blanche, organisée, lisse, sans cloison, présentant quelquefois de petits vaisseaux qui rampent à sa surface. Ces membranes acquièrent une épaisseur plus ou moins grande qui ne dépasse pas deux millimètres; elles ont l'apparence des synoviales et des séreuses par leur poli et leur brillant; elles paraissent tenir aussi des membranes fibreuses par leur résistance; elles ont dans toute leur étendue une épaisseur semblable. D'autres kystes renferment une matière graisseuse : ce sont des méliceris, des stéatomes qui se sont développés à la face interne des grandes lèvres ou à l'intérieur du vagin, plus consistans, plus épais que les premiers qui ont été décrits par l'auteur. On n'y sent jamais de fluctuation; ils sont durs, ou la matière qu'ils renferment, légèrement ramollie, permet la dépression sous le doigt, mais il n'y a pas d'élasticité. Ces kystes peuvent acquérir des dimensions très considérables; le tissu cellulaire qui les enveloppe se durcit autour, de manière à former à la membrane kystique une lame externe; l'interne, au lieu de prendre l'apparence des séreuses, se couvre de villosi-

tés; elle est tomenteuse; ses villosités adhèrent souvent aux matières qui y sont contenues.

Enfin, il y a de ces kystes que l'on peut appeler fibreux, à cause de leur texture qui paraît consister principalement en tissus de cette nature. Outre cette substance, qui semble souvent être la continuation de leur enveloppe qui est épaisse et solide, on y rencontre des plaques osseuses ou gypseuses. On voit aussi une partie de ces tumeurs être formée de substance transparente et gélatiniforme. Ainsi que dans les kystes de l'ovaire, on y a rencontré, mais rarement, des dents et des poils. M. Boys de Loury aurait dû nous donner des détails sur ces faits, s'il les a réellement observés; ou bien nous indiquer la source où il les a puisés, s'il les a seulement vus dans les auteurs. Ces derniers kystes ont donc la composition la plus complexe; ce sont aussi ceux qui offrent le plus de dangers, puisque la dégénérescence cancéreuse en est souvent la suite. Les kystes les plus ordinaires sont remplis de liquide. Dans ce cas, il est très difficile de disséquer et d'isoler complètement la membrane kystique des parties environnantes sans l'ouvrir; il faut avoir le soin d'en disséquer toute la partie antérieure et la plus accessible au bistouri ou bien de l'ouvrir très largement, et d'enlever tout ce qu'on peut de cette membrane. C'est ce qu'on peut faire avec le bistouri, en soulevant les lambeaux avec une pince ou avec des ciseaux courbes sur le plat. Ce dernier procédé est le plus commode et le plus prompt. Si on ne peut parvenir à enlever toute la membrane à cause de la profondeur à laquelle elle est située, il faut au moins la fendre avec le bistouri boutonné, et tamponner avec la charpie pour empêcher les bords de se rapprocher. Lorsqu'une assez grande partie du kyste ne peut être enlevée,

il faut y déterminer l'inflammation. Il arrive très communément que ces kystes s'ouvrent seuls par suite d'inflammation ; presque toujours l'ouverture, au lieu d'être située à la partie la plus déclive, est à la partie moyenne. Le kyste ne se vide pas en totalité, il se remplit et se vide alternativement. L'ouverture se rapproche quelquefois, mais non d'une manière assez solide pour empêcher que la matière ne s'écoule de temps en temps. Il y a des femmes qui, régulièrement, aux époques menstruelles, voient leurs kystes s'ouvrir, donner issue à une matière sanguinolente et se refermer ensuite. Lorsque ces kystes sont portés depuis longtemps, leur ouverture finit par s'agrandir et ne pouvoir se refermer ; alors une certaine quantité de matière suinte continuellement, salit les parties, coule dans le vagin, y détermine de l'irritation, de l'inflammation et devient une incommodité fort désagréable.

Après l'étude des kystes, M. Boys de Loury s'occupe des abcès qui peuvent être confondus dans certaines périodes avec l'affection dont je parle, car ils suivent la même marche et exigent le même traitement. Les abcès des grandes lèvres, maladie très commune, doivent être ouverts de très bonne heure et très largement ; si on n'agit pas ainsi, il en résulte des accidens.

Selon l'auteur, nulle part la membrane puogénique (1) se forme aussi promptement qu'aux grandes lèvres, si on ouvre ces abcès un peu tard, une membrane semblable à celles des kystes est déjà organisée, et l'on a à traiter une affection en tout pareille aux suites d'une ouverture de kyste, à cette dif-

(1) La membrane puogénique est l'organe sécréteur du pus (selon Delpech); elle précède partout le pus, ainsi elle se développe partout avec la même promptitude. V. de C.

férence près, que comme la distension des parties s'est faite bien plus rapidement pendant la formation d'un abcès que pendant celle d'un kyste, les parties ont beaucoup plus de tendance à se rapprocher; alors l'ouverture que l'on a pratiquée, ou qui s'est faite naturellement, diminue beaucoup; elle devient très petite; il s'établit une fistule d'abord incomplète, mais qui peut finir par s'ouvrir soit dans le vagin, soit dans le rectum.

C'est pour cela que je pratique depuis long-temps une incision cruciale qui taille quatre lambeaux que j'excise de manière à emporter la plus grande partie des parois de l'abcès. Cette pratique, que M. A. Bérard m'a vu appliquer à l'hôpital du Midi, en 1835, est adoptée et suivie par ce chirurgien et par d'autres; elle n'est pas même ignorée par l'auteur qui a oublié de la rappeler.

Lorsqu'une fistule, suite d'un kyste ou d'un abcès, est formée, que reste-t-il à faire, dit l'auteur? Elles sont souvent assez profondes pour s'étendre à cinq ou six centimètres de longueur et même davantage; tantôt en suivant la muqueuse vaginale, tantôt en s'enfonçant dans le tissu cellulaire du périnée ou gagnant le rectum. Ces fistules ont quelquefois une telle profondeur qu'on y introduit des stylets ordinaires sans être arrêté par leur fond. Le doigt introduit dans le rectum sent filer la sonde contre l'intestin auquel elle vient aboutir souvent à une grande hauteur. Ces fistules sont tellement étroites, que le stylet ne peut dévier ni à droite ni à gauche, et qu'il semble qu'il n'y ait passage que pour l'instrument. Dans de pareilles circonstances, l'auteur dit avoir fait passer une sonde cannelée jusqu'à l'extrémité du sinus, puis, avec un bistouri boutonné, il a fendu tout le trajet de la fistule. Il lui est arrivé de ne pouvoir introduire le

bistouri avec la sonde; la fistule était trop étroite. Dans ce cas, en faisant écarter l'autre côté du vagin pour donner plus de facilité aux incisions, il a coupé la muqueuse de dehors en dedans, en se servant de la sonde pour point d'appui.

Mais il arrive souvent qu'on a affaire à des femmes pusillanimes qui ne veulent pas se soumettre à l'opération; on ne peut alors que leur recommander des soins de propreté, des injections fréquentes dans le trajet fistuleux pour le nettoyer des matières qui s'y amassent; et, malgré ces précautions, il est rare qu'au bout d'un certain temps ces fistules ne deviennent complètes. Quant à moi, je ne me sers presque jamais du bistouri : je me sers de la cautérisation faite avec le nitrate d'argent, dont je remplis la rainure d'une sonde canelée très déliée. Je lui donne d'avance les inflexions du trajet fistuleux, que je cautérise ainsi en entier.

Après les kystes ou des abcès des grandes lèvres, il se développe souvent plusieurs petits abcès, qui se succèdent pendant plusieurs mois; tous finissent par communiquer avec le premier trajet fistuleux. Il faut alors réunir chaque ouverture à la première, à mesure qu'il en paraît une nouvelle; par ce moyen, l'orifice ne se rétrécit pas, et la guérison finit par s'obtenir.

« On rencontre des femmes portant des végétations agglomérées en une plaque arrondie, bien circonscrite, variant de dimensions, mais ayant toujours au moins un centimètre, et trois au plus de diamètre. Cette plaque est formée de petites végétations, pressées les unes contre les autres, assez élevées au-dessus du niveau de la peau, mais déprimées au centre. Cette plaque est assez souvent solitaire, c'est-à-dire, que la femme ne présente sur les parties aucune autre végétation. D'autres fois, il y a quelques végétations disséminées.

Si on coupe, sans y faire plus d'attention, cette plaque, qu'on la cautérise souvent et en apparence profondément, on ne tarde pas à voir reparaître cette végétation, affectant toujours la même forme, malgré le traitement anti-syphilitique, malgré les opérations fréquemment répétées. En examinant le centre légèrement déprimé, en pressant autour et sur la végétation elle-même, on verra sortir de son centre un peu de matière, soit purulente, soit un liquide blanchâtre. En écartant les végétations du centre, on trouvera une ouverture très petite, et il n'est jamais douteux de pouvoir y pénétrer avec un stylet, qui s'enfonce à une profondeur plus ou moins grande. Il est donc démontré que l'on a, dans cette circonstance, affaire à un kyste, ou à un ancien abcès ouvert et resté fistuleux; les bords et l'orifice interne de la fistule sont garnis de végétations, que l'on ne peut faire disparaître, qu'en fendant le kyste dans toute sa longueur. Il n'est pas rare alors de voir tout l'intérieur de ce kyste couvert de végétations; mais, dans tous les cas, cette petite opération et le traitement antisyphilitique en font toujours justice. »

Les kystes, après leur ouverture, ou les foyers des anciens abcès, peuvent former une fistule complète. L'on conçoit que l'on regarde à deux fois pour opérer des fistules aussi considérables, lorsque surtout le résultat en est à-peu-près aussi peu satisfaisant que l'infirmité elle-même. Ainsi, lorsque la fistule est complète et profonde, mon avis est que l'opération par incision n'est plus indiquée. J'ai alors essayé d'un autre moyen, conseillé par les auteurs, et qui, s'il ne m'a pas toujours réussi, n'a pas augmenté l'infirmité, et dont même j'ai obtenu des résultats très satisfaisans; c'est l'injection de liquides caustiques dans le canal fistuleux. C'est surtout alors que M. Boys de Loury devrait employer

mon procédé de cautérisation, car rien de plus infidèle dans ce cas que les injections caustiques. L'auteur termine son travail par les propositions suivantes.

« 1° Les kystes et les abcès des grandes lèvres sont des affections assez communes. Quoique différant beaucoup entre elles par leur nature, il arrive une période de leur existence, pendant laquelle ils peuvent être confondus ensemble par leur aspect et par le traitement qu'ils exigent.

« 2° L'ouverture des kystes et des abcès des grandes lèvres doit être faite très largement; il ne faut pas craindre d'enlever le plus possible la membrane qui tapisse le fond de la cavité.

« 3° Plusieurs de ces kystes, qui sont formés de tissus solides, peuvent prendre un mauvais caractère, devenir squirrheux, et l'on peut voir cet état se communiquer aux parties voisines.

« 4° Les abcès des grandes lèvres doivent être ouverts de très bonne heure, si on veut éviter qu'ils deviennent très profonds, et qu'il ne se forme une membrane semblable à celle des kystes.

« 5° Lorsque l'on trouve sur un des côtés de l'orifice du vagin une plaque de végétation déprimée à son centre, on peut de prime abord savoir qu'on a affaire à un ancien abcès ou à un kyste dont l'orifice est caché au milieu des végétations.

« 6° Les fistules incomplètes des grandes lèvres, tout en s'étendant jusqu'à la muqueuse du rectum, se guérissent au moyen d'une incision arrivant jusqu'à leur fond, quelle que soit leur profondeur.

« 7° Lorsque ces fistules sont devenues complètes, le meil-

leur mode opératoire paraît être l'injection caustique dans le trajet fistuleux, en y unissant la compression. »

Le travail de M. Boys de Loury est une nouvelle preuve du résultat qu'on peut obtenir quand, dédaignant l'histoire, même l'histoire contemporaine, on veut traiter un sujet difficile au point de vue étroit de l'observation personnelle. Nous ne demandions certes pas à l'auteur la connaissance approfondie des idées, des doctrines de De Haën, de Hunter; mais MM. Cruveilhier et Andral, et surtout M. Velpeau, ont repris ces idées, et les ont fécondées et rendues presque vulgaires. Dans une sphère beaucoup plus modeste, on trouve des hommes qui, dans la question que traite aujourd'hui M. Boys de Loury, ont montré des vérités et des faits qu'il est bon de connaître. On aurait pu en profiter.

Nous avons noté surtout une circonstance dans le mémoire de l'auteur : c'est le rapport des tumeurs en question avec les règles. On les voit se développer avec elles ou après; ouvertes, elles donnent du sang à ces époques : de là, une forte présomption pour les croire sanguines. En effet, il est de ces tumeurs, qui ne sont autre chose qu'un sang retenu dans les mailles du tissu cellulaire du pudendum, à l'époque des règles. On n'a qu'à les ouvrir alors; on ne trouve qu'un sang noir plus ou moins épais.

Mais toutes ces espèces d'hématocèles ne reconnaissent pas cette cause : ce sont quelquefois des contusions qui les produisent ou un coït trop souvent répété et avec des organes disproportionnés. Il est de ces tumeurs qui sont dues à la rupture d'une veine, à l'altération d'un de ses vaisseaux, d'abord dilaté, puis oblitéré par un caillot sanguin qui est éliminé. Alors surviennent des abcès, comme ceux qui ont lieu aux environs de l'anus, dans certains cas d'hémorrhoïdes

dites suppurées : ce qu'il y a de singulier, c'est que la veine dilatée peut devenir le commencement de la fistule consécutive à l'abcès.

Ces dépôts sanguins se transforment en abcès ou en kyste sous des influences que nous n'avons pu apprécier en entier. Cependant on peut dire, que l'abcès a surtout lieu quand la tumeur est soumise à des causes irritantes, quand la femme ne cesse pas de se livrer au coït, quand ses menstrues sont difficiles, quand elle est obligée à de grandes fatigues, surtout quand elle marche beaucoup.

Dans des circonstances contraires, le dépôt sanguin éprouve les transformations observées dans les tumeurs qui sont la suite d'une contusion. Le sang subit une analyse. La partie solide absorbée, reste la sérosité ou bien c'est celle-ci qui disparaît et la fibrine reste. Dans le premier cas on a un kyste séreux ; dans le second, c'est une tumeur solide, qui se rapprochera plus ou moins de la consistance fibreuse.

Les tumeurs peuvent aussi être primitivement inflammatoires. Alors ce sont des criptes qui se sont enflammés ; ils forment les abcès les plus rapprochés de la muqueuse, ceux qui s'ouvrent par un pertuis imperceptible ou par un chancre. Ce sont ces criptes qui s'enflamment sous des végétations.

Il est de ces tumeurs qui sont réellement phlegmoneuses ; elles envahissent quelquefois tout le tissu cellulaire qui matelasse les lèvres d'un côté; l'inflammation se propage vers le périnée et la suppuration gagne les environs de l'anus, c'est alors que le pus à l'odeur des matières fécales.

Les kystes et les fistules sont les suites les plus communes des tumeurs sanguines et des abcès : c'est leur état chronique.

La fréquence de ces kystes et de ces fistules tient à la structure de la partie, à leurs fonctions et, j'oserai le dire, à l'ignorance des chirurgiens qui traitent ordinairement les tumeurs du pudendum. On sait que le tissu cellulaire du pudendum, est lâche, il est mêlé de mail les demi fibreuses, dispositiona plus favorable pour toute collection et la plus défavorable pour l'effacement des cavités formées par ces collections. A ce tissu se mêle un peu de tissu érectile, ce qui explique la fréquence des tumeurs sanguines. Les fonctions de la partie nécessitent des mouvemens brusques répétés, ce qui empêche le recollement des parois du kyste et ce qui peut même faire naître ces tumeurs. Ainsi, j'ai vu chez quelques femmes, dont la vie avait été longuement voluptueuse, j'ai vu sous la muqueuse qui tapisse l'ouverture du vagin, des bourses muqueuses comme celles qui se développent sous la peau dans les points du corps qui sont soumis à des frottemens à des pressions long-temps continuées.

Les praticiens favorisent la formation des fistules et des kystes en ouvrant sans méthode les abcès et les dépôts sanguins. Ce n'est pas une simple piqûre, une simple incision qu'il faut; c'est l'excision de la plus grande partie des parois de l'abcès; pour cela on fait une incision cruciale qui forme quatre lambeaux; ils sont saisis avec des pinces chacun par leur angle, et on les coupe à leur base. On a ainsi mis à nu le fond du foyer qu'on panse comme une surface qui doit suppurer. Une circonstance qui n'a pas été remarquée par les praticiens, c'est l'influence qu'ont sur la formation des fistules et des kystes, les humeurs qui viennent du vagin et de la matrice. En effet, après l'ouverture des tumeurs des grandes lèvres, il s'introduit dans le foyer de ces humeurs qui l'entretiennent ou qui sont une des causes qui la font passer à

l'état de fistule. Quand ces humeurs qui viennent du vagin ou de la matrice, sont âcres elles enflamment de nouveau les tissus et produisent de nouveau des abcès. Elles peuvent même être résorbées. J'ai vu deux fois des symptômes simulant une fièvre typhoïde, que j'attribue à cette circonstance. Une fois survint un érysipèle très étendu qui se promena sur tout le corps avec symptômes adynamiques. Ce sont ces faits qui m'ont surtout engagé à enlever une partie des parois des foyers que j'ouvrais et qui font que souvent au lieu de les ouvrir du côté de la muqueuse, je les ouvre du côté de la peau. Je conseille même cette méthode toutes les fois qu'on a à vider un abcès ou à extirper un kyste pendant l'existence d'une vaginite. Il est vrai qu'en atteignant d'abord la peau on divise une plus grande quantité de tissus qu'en incisant d'abord la muqueuse, mais on évite les accidens que je viens de signaler et on craint moins la récidive.

Comme on le voit, M. Boys de Loury est loin d'avoir compris et traité entièrement ce sujet. J'y reviendrai.

VIDAL (DE CASSIS).

JOURNAUX ETRANGERS.

RÉSULTATS DES OPÉRATIONS DE STRABISME FAITES A L'HÔPITAL ROYAL OPHTHALMOLOGIQUE DE WESTMINSTER. Depuis le 18 avril jusqu'au 30 octobre 1840 par M. Charles W. G. Guthrie, fils, chirurgien adjoint. (1)

Depuis sept mois que l'opération du strabisme a été pratiqué dans cet hôpital et dans ce pays, j'ai fait pour ma part trois cent quarante opérations pour des cas de strabisme convergens et seize pour des cas de strabisme divergens ou externes; dans aucun cas l'inflammation du globe de l'œil ou des parties environnantes ne compliqua cette opération. L'application d'un sim-

(1) Nous ne ferons suivre le compte-rendu d'aucune réflexion, devant bientôt nous-mêmes traiter à fond la question du strabisme.

ple bandage et d'eau froide pendant les premières 24 heures fut le seul traitement employé. Dans la plupart des cas l'œil a été découvert le lendemain et souvent on a négligé l'emploi des laxatifs ; les individus de la classe pauvre retournaient les jours suivans à leurs travaux et dans aucun cas on n'observa le moindre accident. L'opération a complètement réussi dans les cas de strabisme interne; cependant il faut ajouter que quelques-uns me donnèrent quelque embarras ; mais je crois pouvoir assurer que je n'ai pas rencontré un cas qui ne fût curable et, quoique dans deux ou trois cas la cure n'ait pas été complète, je pense que cela dépend de ce que les malades n'ont pas accédé à mes désirs.

Lorsque l'opération pour le strabisme interne ne réussit pas complètement, on remarque que l'œil reprend peu-à-peu sa première position ; cela arrive du 8me au 15me jour ou à-peu-près ; vers cette époque. Je crois que le muscle coupé se réunit au globe de l'œil ou à d'autres parties, circonstance à laquelle le chirurgien et le malade doivent faire attention.

Il pourra arriver que l'opération réussisse et que l'œil soit replacé dans sa place par les efforts de la nature ; j'ai vu cela plusieurs fois, néanmoins je ne me confierai plus aux seuls efforts de la nature, et dès le moment qu'il existe dans l'œil la plus légère tendance à prendre l'ancienne position, je couvre l'organe du côté opposé afin d'obliger le malade à faire agir les muscles non coupés. Je fais cela, je pense avec avantage, même lorsque l'œil se trouve après l'opération ramené vers le côté opposé ; les efforts de la nature parvenant dans ce cas à ramener l'axe visuel dans sa position convenable dans les cas même où le muscle qui agit dans le sens indiqué a été divisé ; cette éducation de l'œil est très utile toutes les fois que celui du côté opposé n'a pas été couvert.

Dans quelques cas l'œil a repris son ancien état d'obliquité immédiatement après la section des muscles, et quoique leur division et leur séparation d'avec les parties qui les environnent de la manière que j'ai indiquée ; savoir jusqu'à ce que la sclérotique soit mise à découvert dans une grande étendue, nous donnassent de bons résultats dans la plupart des cas ; cependant cela n'a pas eu lieu toujours, et dans quelques cas je fus obligé de laisser le malade sans avoir rétabli l'œil dans sa position centrale ou bien je trouvai le lendemain cet organe tourné vers le côté interne. Afin de remédier à cet inconvénient, je fais exercer l'œil d'une manière régulière, ce qui me réussit assez bien ; dans ces cas ces organes étaient naturellement convergens ; cela arrive encore toutes les fois que l'incision de la membrane conjonctive se réunit par première

intention, ce qui arrive quelquefois lorsqu'elle est petite et que l'œil, tournant constamment en dedans facilite par là cette réunion.

Je suppose aussi que le globle de l'œil s'étant formé au milieu de la graisse et des membranes de l'orbite, une espèce d'enveloppe qui le tient comme dans un moule, cette disposition le force à retourner dans son ancienne position, dans son logement primitif, même après qu'il a été débarrassé de la cause qui le faisait loucher.

Je suppose aussi que la conjonctive, par suite de ses attaches aux paupières, contribue aussi à favoriser ce retour qui est graduellement vaincu par les efforts de l'art et de la nature.

Lorsqu'un œil a été opéré, qu'il a repris sa place ordinaire, et que le malade a la conscience qu'il peut le tourner en tous sens, que la vision peut parfaitement s'exercer, dans ce cas, l'œil du côté opposé qui louchait occasionnellement louche alors avec plus de force. Dans de telles circonstances il ne peut y avoir le moindre doute sur le résultat de l'opération pratiquée sur le second œil. Dans ces cas, les deux organes sont replacés par là dans la position convenable. Toutes les fois que je m'aperçois que cet état persiste au-delà d'une certaine étendue que l'expérience m'indique, et qu'aucune action sur l'œil ne peut détruire après l'opération, je recommande aux malades de les faire opérer tous les deux le même jour ou à quelques jours d'intervalle. Le résultat de ce conseil est d'habituer simultanément les deux yeux à l'espèce d'exercice auquel on les soumet, et on ne peut pas douter de l'avantage qu'on en retire dans certaines circonstances.

Dans quelques cas plus rares, les malades louchent avec les deux yeux; cependant ils n'ont pas la conscience de ce fait et leurs amis souvent ne s'en aperçoivent pas. Je pense que ce sont là les cas dans lesquels, lorsque l'opération n'a pas réussi, on a pensé qu'on devrait diviser d'autres muscles que celui sur lequel on a opéré. Lorsque les incisions dans l'orbite ou à travers la membrane conjonctive sont prolongées outre mesure, elles ont donné peut-être lieu à des saillies du globe oculaire, ou à la perte de la vue comme on l'a indiqué, circonstances qu'on pourra très bien éviter. Il est difficile de persuader ou de convaincre une personne qu'elle louche des deux yeux lorsqu'elle n'en a pas la conscience, quoique le strabisme d'un des yeux soit un fait bien évident pour tout le monde. Dans une telle occurrence le malade se fait opérer de l'œil qu'il sait être strabique; mais lorsque le chirurgien examine avec soin après que l'opération est pratiquée et que le malade essaie à le faire mouvoir, il s'aperçoit qu'il ne retourne pas toujours

au côté interne, et dans ce cas l'opérateur croit convenable de couper dans plusieurs directions afin de dégager davantage l'organe et lui permettre de retourner à la position désirée. Dans ces cas, l'opérateur le plus minutieux croit avoir détruit toute la cause du mal, et pense que les seuls efforts de la nature finissent par opérer une guérison complète. Telle était la marche que j'avais suivie: mais plus tard j'ai rencontré parmi les malades âgés de 30, 40 et 50 ans des cas tout-à-fait rebelles. Ces personnes se présentaient d'elles-mêmes dans les deux derniers mois, et quoique d'un âge avancé, elles voulaient aussi profiter de l'avantage que procure cette opération. Dans ces cas, ces malades persistaient à croire qu'ils louchaient d'un seul œil, se soumettaient volontairement à cette opération, mais refusaient obstinément de se laisser opérer de l'œil opposé.

Dans ma dernière édition, j'avais déjà indiqué ce fait, sans insister beaucoup sur ce point, auquel les observations que j'ai depuis recueilli donnent une pleine et entière confirmation. Dans de telles circonstances, si l'œil continue à tourner en dedans, après l'opération, et si, dans ce cas, j'ai la conviction d'avoir fait tout ce qui est indiqué et convenable, sans m'arrêter à essayer d'autres moyens, j'opère l'œil du côté opposé sans m'inquiéter s'il se trouve ou non dans les circonstances d'être opéré. Convaincus d'avance de la nécessité d'agir ainsi; dès que le sang ne coule plus, j'ordonne au malade de me regarder directement en face. avec l'œil qui vient d'être opéré, pendant que l'autre se trouve fermé. Après qu'il m'a regardé pendant quelques minutes je soulève les paupières du côté opposé, et je m'aperçois que l'œil de ce côté se trouve tourné en dedans; et, dès le moment que le malade et ses amis sont convaincus qu'il louche de ce côté, il finit par se laisser opérer. Il vaut mieux, dans ces cas, opérer en même temps les deux côtés; en agissant ainsi, les deux yeux prennent la position convenable, ce qui n'a pas lieu d'une manière aussi rapide lorsqu'il y a un intervalle assez grand entre les opérations. Alors on est obligé de soumettre le premier œil à une certaine éducation. Je pense donc que, à l'aide de cette modification, la guérison du strabisme interne a presque toujours lieu. Dans quelques cas, l'imagination des malades a exercé quelque influence sur cet accident. Quelques-uns d'entre eux ont la conviction qu'ils louchent un peu, quoiqu'il soit difficile de s'en apercevoir; dans ces cas je me borne à diviser le tendon du muscle sans couper ces insections latérales; d'où il résulte un affaiblissement dans la force du muscle. J'agis également ainsi lorsque j'opère les yeux d'individus qui ne se doutaient pas que l'autre organe était aussi affecté de strabisme. La division

du muscle droit externe est aussi facile à faire que celle du précédent; mais les résultats qu'on en obtient ne sont pas aussi satisfaisants.

On a dit que cette opération ne réussissait pas, ce qui serait vrai si on se tenait à l'expression rigoureuse de ce mot; cependant tous les cas opérés ont éprouvé une légère amélioration, les malades louchaient un peu moins qu'avant; ceci et toutes les autres observations que je connais sont sur beaucoup de points erronées, quoiqu'il y ait cependant quelque chose de vrai. J'ai rencontré quatre cas dans lesquels je n'ai pas eu un résultat complet. Dans le 1[er], j'ai opéré l'œil droit, l'organe fut ramené à sa position centrale; mais le muscle droit interne semblait avoir perdu tout son pouvoir et ne pouvait agir sur lui. Le malade pensa que sa position était assez améliorée et ne permit pas qu'on essayât d'autres moyens; il quitta l'hôpital et je ne l'ai plus revu. Le second était exactement dans le même cas, le troisième je continue à le traiter et je pense pouvoir le guérir; le quatrième fut opéré des deux yeux en province pour un strabisme interne, et le résultat de l'opération fut un strabisme externe des deux côtés. Le chirurgien divisa ensuite les muscles droits externes, mais il continue à loucher en dehors comme auparavant, ce qui rendait sa physionomie très désagréable; alors j'ai coupé les muscles externes beaucoup plus loin qu'ils ne l'avaient été auparavant; et cette opération eut un succès complet pour l'œil droit, tandis que l'œil du côté gauche quoique amélioré de beaucoup louche encore un peu.

Le dernier cas fut le suivant, que je rapporte en entier. Thomas Williams, âgé de 17 ans, vint me consulter le 24 août pour un strabisme interne de l'œil droit opéré quelques jours avant sans résultat. Le lendemain, l'œil paraissait tourné plus en dehors qu'en dedans, ce qui continua à augmenter, et quoiqu'il lui fût possible de regarder directement lorsqu'il faisait quelques efforts, il était bien évident qu'à l'état de repos l'œil se tournait en dehors. Essayant alors la manœuvre que j'ai déjà indiquée sur l'œil opposé et que le malade croyait en très bon état, je me suis aperçu à mon grand étonnement qu'il tournait en dehors. Je fis part au malade de ce fait, et je lui indiquai que le seul moyen de ramener son œil opéré à une condition convenable était de diviser le muscle droit externe de l'œil gauche ou l'œil sain. Il eut de la peine à se rendre à mes raisons, à la fin il consentit et le 28 octobre il fut opéré et le résultat fut couronné de succès. (*Medico-chirurg. Rewiew*, 1841.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire, *étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostrate, de l'urèthre, etc.*, avec un atlas in-fol.; par P. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., Paris, 1839 et 1840, tomes I et II, in-8, chez J.-B. Baillière.

En rendant compte, dans les *Annales de Chirurgie*, d'un livre écrit tout entier par un médecin, nous ne croyons méconnaître ni la destination, ni le but de ce recueil. En effet, au-dessus des divisions que les nécessités de l'étude ou les embarras de la pratique ont établies dans les connaissances médicales, il est des préceptes généraux, des principes communs, qu'il n'est pas plus permis d'ignorer au chirurgien qu'au médecin, et il y a des livres qui, par la nature du sujet qu'ils traitent, et plus encore peut-être par l'esprit qui les a dictés, paraissent sur quelques points de la science comme l'expression élevée des connaissances les plus indispensables à tout homme qui veut exercer l'art de guérir. Tels sont les ouvrages devenus classiques de Laennec et de M. Bouillaud, et, à côté d'eux, il est permis de placer le traité déjà célèbre des maladies des reins par M. Rayer. C'est pour cela que nous entreprenons d'en donner ici l'analyse.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, la critique, pour être impartiale, doit tenir compte de quelques circonstances particulières, qui ont dû nécessairement avoir une haute influence sur le plan et la manière de l'auteur. Il faut reconnaître les exigences du sujet tel que le fait l'état de la science; et si la forme d'un traité didactique semble mal convenir à une monographie aussi neuve; si elle a quelque chose de trop absolu et de trop arrêté en apparence pour ces questions que l'auteur laisse de son propre aveu incomplètement résolues, et indique à ceux qui le suivront; sans s'arrêter à la forme, qui est après tout une nécessité, il faut pénétrer jusqu'au fond de ces recherches et se laisser guider par l'esprit qui les a dirigées, et certes on ne saurait trop insister sur l'esprit d'un livre qui ouvre une voie si belle à toutes les monographies, en les rattachant aux considérations les plus élevées de la pathologie générale.

Avant d'entrer dans l'étude particulière des maladies des reins, il était nécessaire de poser quelques principes propres à diriger les praticiens dans une route non encore tracée. Le premier volume de M. Rayer s'ouvre par un chapitre très étendu, intitulé : *Prolégomènes*, où, après une vue générale de l'ensemble, nous trouvons des remarques importantes autant que neuves sur l'anatomie normale des reins, les altérations qu'ils subissent par la putréfaction, les points principaux de leur histoire pathologique, et enfin sur les changemens de constitution auxquels l'urine est sujette. Rien n'est inutile dans ces généralités. On ne saurait croire, quand on n'y a pas un peu réfléchi, combien l'anatomie normale, qui certes est de toutes les connaissances médicales la plus avancée et la plus complète, peut être éclairée de lumières nouvelles et tout-à-fait inattendues par les inductions d'un esprit pratique. Entre beaucoup d'exemples, je citerai cette membrane celluleuse distincte, découverte par M. Rayer, entre la capsule fibreuse et la substance rénale, et qui explique la suppuration dans ce point. Dans un même ordre d'idées, on voit, du fait physiologique de l'insensibilité des reins à l'état normal, jaillir une utile remarque sur l'importance pathologique de la douleur, déterminée sur eux par la pression. Dans l'appréciation des altérations cadavériques, il est facile de sentir combien il est nécessaire de faire la part de la décomposition putride et celle d'une lésion morbide, et nous ne sommes pas encore assez loin du temps où les changemens qu'éprouve la muqueuse gastrique étaient si mal interprétés, pour méconnaître la nécessité d'une pareille étude dans des sujets moins nouveaux même que les altérations des reins. M. Rayer y a insisté avec une haute raison, et il est curieux de l'entendre signaler les changemens rapides et véritablement extraordinaires, apportés par la simple action de l'air sur la coloration de l'organe. On regrettera peut-être qu'il n'ait pas noté l'état sain en apparence de certains reins, bien réellement malades pendant la vie et dans lesquels la cessation de l'action vitale a suffi pour faire disparaître tout aspect morbide.

Nous arrivons à un point bien important pour la pathologie rénale : c'est la classification. On peut saisir ici, où se présentent à-la-fois les questions de méthode et de nomenclature, la profession de foi de l'auteur, et nous le retrouvons tel qu'il s'est montré dans son *Traité des maladies de la peau*. On a dit de cet ouvrage que c'était une application neuve et ingénieuse de la doctrine physiologique à l'étude des dermatoses. On pourrait à coup sûr dire la même chose du *Traité des maladies des reins*; mais ce ne serait rendre à ces deux ouvrages qu'une bien incomplète justice. Non, ils valent mieux qu'une

doctrine, et si celle qu'on veut y voir, pour la blâmer ou l'approuver, semble en effet, colorer ici la forme et le langage, il y a dans le fond un esprit d'observation, un esprit éminemment pratique, qui ne se fourvoie pas dans les systèmes. Il me semble qu'on en trouve l'expression bien sentie dans cette proposition de l'auteur: « Toute la pathologie bien interprétée montre qu'il n'y « a guère, à proprement parler, de maladies locales, et que la plupart se ramifient et se généralisent plus ou moins. » Cela est vrai surtout pour les maladies des reins. Aussi est-ce un des plus grands mérites de M. Rayer de l'avoir compris et d'avoir cherché à établir les rapports pathologiques des reins entre eux et avec les organes génito-urinaires, avec les organes digestifs, le foie que nous avons vu si souvent être le siége de dégénérescences organiques analogues à celles que nous observions dans les reins, le canal intestinal, les organes respiratoires, l'appareil de la circulation, le sang sur la composition duquel les altérations de la sécrétion urinaire ont une si directe influence, influence que l'auteur a pris soin d'étudier d'une manière particulière, le système nerveux dont les troubles paraissent le plus souvent liés à cet état pathologique du sang que nous venons de signaler, et enfin la peau dont l'action physiologique est dans un équilibre constant et bien remarquable avec les principales sécrétions de l'économie vivante. Dans les prolégomènes, M. Rayer a dû s'efforcer de poser les bases du diagnostic des maladies des reins qui, il faut le dire, est encore aujourd'hui si peu familier à la plupart des médecins et même des plus hautes sommités de l'art. Rien n'est à négliger ici dans la manière d'examiner les malades : ni l'inspection, ni le toucher, ni la percussion ; mais on ne saurait trop surtout s'attacher à un examen scrupuleux de la constitution de l'urine ; ses altérations font des maladies du rein pour ainsi dire des maladies externes ; et l'œil du praticien exercé peut y lire l'état des organes les plus cachés. C'est pourquoi cette partie essentielle du travail de M. Rayer a été traitée avec un développement et une exactitude dignes des plus grands éloges. Les séméiologistes n'ont tous donné à l'examen de l'urine qu'une place très secondaire, et ils l'ont tous indiqué plus vicieusement les uns que les autres, répétant sans scrupules des erreurs qu'un simple coup-d'œil suffit pour condamner, telle, par exemple, que cet aspect de l'urine des enfans que Landré-Beauvais voyait plus trouble que celle des adultes, par les yeux d'Hippocrate et de Galien; ce n'est pas par un caractère isolé qu'il faut juger de la constitution d'une urine. La vérité ne peut sortir que de la comparaison de résultats très divers fournis par l'examen de la quantité, de la couleur de l'urine, de la réaction, de la température et du poids spécifique

qu'elle présente au moment de l'émission. C'est pour avoir négligé ce grand principe que quelques auteurs se sont exposés à nier les faits les mieux établis, et à contester, par exemple, l'importance de la densité en tant que caractère séméiologique ; ils n'ont prouvé qu'une chose, c'est que l'appréciation de la densité seule ne suffit pas et qu'ils ont eu tort d'omettre les autres signes qu'indiquent tous les hommes compétens. Les différences de densité de l'urine normale, différence établie par M. Rayer, comme par Prout, Bostock, Grégory, Christison, Martin Solon dans une limite de 1015 à 1025, sembleraient ôter beaucoup de valeur comme signe à ses oscillations. On aurait tort de s'y laisser arrêter ; seulement il ne faut tenir compte que des grandes variations, et surtout de leur persistance. M. Rayer y insiste avec raison, et l'on en trouve une preuve frappante dans les maladies bien tranchées comme le diabète et la néphrite albumineuse. — Nous ne pouvons consigner ici tous les résultats pleins d'intérêt auxquels est arrivé sur ce sujet l'auteur du traité que nous analysons, il faudrait citer les deux cents pages qu'il y consacre. Nous lui demanderons seulement la permission de répondre en son nom à quelques objections qui ont été tentées contre sa méthode. Chossat et après lui M. Lecanu ont montré l'avantage d'examiner en masse l'urine rendue en vingt-quatre heures. On voudrait appliquer cette méthode à l'examen pathologique que M. Rayer, lui, propose de renouveler séparément à chaque émission. — On comprend mal sans doute la portée du système que l'on indique. Etudier l'urine malade en masse, c'est renoncer à apprécier l'action des médicamens : ainsi les alcalis ne communiquent leur réaction à l'urine que pour une, deux ou trois émissions après leur emploi. Elle redevient bientôt acide, et il y a lieu de penser qu'un caractère aussi passager se perdrait dans une masse plus considérable. De même il est impossible de juger l'influence des repas, dont M. Rayer a montré les curieux effets, non plus que celle des différens actes physiologiques ou morbides. On a voulu encore reprocher au savant médecin de la Charité de n'avoir pas su poser une seule loi générale applicable à toutes les modifications de la composition de l'urine. Certes, ce n'est pas nous qui lui ferions un pareil reproche et qui regretterons jamais ce qu'on voudrait appeler des lois.

Ne demandons pas à notre sience plus qu'elle ne peut donner ; elle n'y gagnerait rien, l'art et l'observation y perdraient sans doute beaucoup. — Non, il n'y a pas de loi, parce qu'il n'est pas permis d'en baser une sur la constitution d'une humeur vivante quelle qu'elle soit. Il y a dans l'ouvrage de M. Rayer des faits généraux, toujours vrais, toujours positifs et partant bien

précieux. Mais on s'exposerait à en atténuer singulièrement le caractère tranché et la haute portée clinique, si on les laissait de côté pour rechercher dans toutes circonstances les quantités relatives de tous les élémens très divers qui constituent l'urine. Un nouvel auxiliaire s'ajoute utilement à l'examen des caractères physiques et chimiques de l'urine, c'est l'inspection microscopique. M. Rayer a montré tout le profit qu'on pouvait en tirer dans l'étude si nécessaire des sédimens et des crémors de l'urine. — Malgré l'importance extrême que l'on doit attacher à l'étude de l'urine, dont M. Rayer a fait l'un des points les plus lumineux de l'hygrologie pathologique et qu'il a su rendre tout-à-fait clinique, il ne faut pas s'y attacher exclusivement dans le diagnostic des affections rénales, il en résulterait plus d'un mécompte; comme, par exemple, lorsque, dans une maladie du bassinet avec altération physique de l'urine, l'uretère venant à se fermer, le liquide excrété redevient tout-à-coup limpide et sain en apparence, parce qu'il n'est plus fourni que par le rein qui n'est pas malade. C'est certainement un des faits de diagnostic les plus piquans qu'il soit donné de rencontrer. — Le médecin ne négligera donc jamais l'état général des malades, qui domine toute altération locale.

Cette importante section des prolégomènes est, comme on le voit, aussi riche qu'utilement remplie. Nous nous sommes étendus sur les faits qu'elle renferme, parce qu'il nous a semblé que là se résumaient les principes généraux et la méthode qu'on retrouve dans toutes les autres parties du livre.

L'auteur commence l'histoire particulière des maladies des reins par celle des lésions traumatiques. La première impression qu'on retire de ce chapitre est la difficulté de se faire une opinion exacte du diagnostic et du pronostic de la blessure des reins. M. Rayer est-il bien fondé à conclure des animaux à l'homme, qu'une semblable lésion est peu grave par elle-même? Les chirurgiens trouveront dans cette partie un historique et des observations pleines d'intérêt. Nous nous bornerons à signaler comme le fait le plus important, suivant nous, la prédisposition aux calculs qui résulte de la lésion traumatique du rein; comme l'avait déjà indiqué M. Earle et avant lui De Haen, Bazile et Wilnen.

La fin du premier volume est consacrée à l'étude complète de la néphrite simple; la forme aiguë est subdivisée par l'auteur en bénigne, inflammatoire, avec symptômes généraux, avec symptômes typhoïdes. Ces variétés sont surtout établies d'après l'état général des sujets. Car il faut reconnaître que les altérations anatomiques qui sont parfaitement décrites par M. Rayer ne peuvent pas toujours servir de raison aux symptômes observés, et que la sûreté du

diagnostic doit s'en ressentir pour une expérience moins exercée que la sienne. La néphrite simple doit être si essentiellement distinguée de la néphrite toute spéciale, à laquelle M. Bright a attaché son nom, qu'on ne saurait admettre avec trop de réserve les cas où on a constaté la présence de l'albumine dans l'urine avec une simple néphrite. Parmi les observations de M. Rayer, on n'en trouve que trois où encore il est permis de croire que l'albumine se rattachait à l'existence du pus dans quelque autre partie des voies urinaires. A ce sujet on peut citer cette proposition de l'auteur, que la plupart des cas qu'on a décrits comme des abcès des reins n'étaient réellement que des collections purulentes du bassinet ou des calices.

La néphrite chronique est un des points qu'a le plus éclairés le nouveau *Traité des maladies des reins*. Mal connue avant lui, et confondue avec la pyélite, elle doit aujourd'hui reprendre une place importante et qui lui soit propre dans la pathologie rénale. — Douleurs lombaires, faiblesse et engourdissement des extrémités inférieures; état cachectique général, quelquefois tubercules pulmonaires, alcalinité de l'urine, formation de calculs phosphatiques; tels sont les principaux effets de cet état du rein qui présente les formes anatomiques les plus variées, parmi lesquelles il convient de signaler le dépôt de points purulens dans la substance corticale. La réaction alcaline de l'urine est un signe essentiel, elle ne cède pas à l'emploi des acides, et c'est directement, dans sa cause même qu'il faut l'attaquer, principe tout-à-fait remarquable du traitement de la néphrite, dont c'est là un trait caractéristique. Parmi les observations précieuses qui accompagnent cette partie, je voudrais qu'on relût la xxiie qui me paraît, à plus d'un titre, tout-à-fait curieuse, et sur laquelle il y a peut-être quelque réserve à faire. A l'exagération de la soif, à la quantité considérable d'urine rendue, et à ce fait surtout que l'urine par la putréfaction devenait acide d'alcaline qu'elle était, il est permis de croire à un cas de diabète.

Je ne puis résister au désir de fixer l'attention sur un chapitre bien court, mais qui est tout-à-fait nouveau: c'est la néphrite avec anomalie des reins. Rien n'est plus curieux, comme diagnostic, que ces cas d'absence d'un des reins, de déplacement, de fusion. On remarquera surtout, comme un modèle, les observations xxxiiie et xxxive, où une tumeur douloureuse, située transversalement sur la colonne vertébrale, fut reconnue pendant la vie comme formée par les deux reins confondus en un seul et enflammés.

Tels sont les matériaux du premier volume, sur lequel nous avons dû nous arrêter plus long-temps, puisqu'il est en somme la base de tout l'ouvrage,

Aussi bien, est-il véritablement difficile de donner un aperçu, même succinct, des faits contenus dans le second volume. On y retrouve la même méthode, le même esprit. Nous essaierons en peu de mots d'en analyser la substance.

C'est d'abord l'histoire, tracée d'après la plus exacte observation, des néphrites par poisons morbides, dans la diathèse gangréneuse, la fièvre éruptive, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, la diathèse purulente. Ce sont là des faits pleins de gravité, qui touchent aux plus hautes questions de l'humorisme et de la pathologie générale. Mais nous ne saurions nous empêcher de regretter que les nécessités du plan imposé à toute monographie, viennent ici obscurcir un peu la grandeur du sujet, et subordonner en quelque sorte ces affections diathésiques dominantes à l'altération toute locale des organes sécréteurs de l'urine. Ceci, hâtons-nous de le dire, n'est qu'un inconvénient de la forme. M. Rayer a montré qu'il comprenait mieux que personne le rôle mystérieux que jouent ces poisons morbides, dont nous ne connaissons bien que les funestes effets.

Après avoir traité de la néphrite goutteuse et rhumatismale, dont le caractère spécial est si incontestablement établi, l'auteur arrive à la partie capitale de ce second volume, je veux dire la néphrite albumineuse.

Cette espèce si distincte parmi les phlegmasies des reins, méritait bien les développemens qu'il lui a donnés. Il rattache les altérations anatomiques qu'elle entraîne à six formes principales, dont la description est déjà classique aujourd'hui. Nous croyons que le nombre des variétés doit être plus considérable. Comme la néphrite simple, la néphrite albumineuse peut être aiguë ou chronique. Mais si, pour la première, M. Rayer a appelé l'attention plus particulièrement sur la forme chronique; pour la seconde, c'est sur la forme aiguë que ses recherches sont surtout nouvelles, et qu'il proclame les résultats bien importans, au point de vue pratique de la médication antiphlogistique appliquée avec succès à la néphrite albumineuse aiguë. Nous n'insistons pas sur l'histoire de cette maladie à l'état chronique; c'est un tableau qu'il ne faut pas tronquer. Il suffira d'indiquer les bases d'un traitement dont on peut chaque jour constater les bons effets à l'hôpital de la Charité, et qui consiste principalement dans la décoction de raifort sauvage, les bains de vapeur et la teinture de cantharides, que M. Rayer jugeait d'abord impuissante, et qu'il porte maintenant à 24 et 30 gouttes en 24 heures.

En étudiant les rapports pathologiques de cette maladie, il a bien noté la relation qui existe entre la phthisie et le développement de la néphrite albu-

mineuse. Mais une particularité fort remarquable, qu'il n'a pas cru devoir signaler, et qui semble pourtant ressortir des observations consignées dans son second volume, c'est que l'hydropisie se montre plus rarement peut-être dans la néphrite albumineuse qui complique la phthisie, que dans d'autres espèces de la même affection (V. Obs. xv, xliv et xlvi). On trouverait sans doute une explication spécieuse de ce fait dans l'abondance des sueurs et des diarrhées des phthisiques, avec d'autant plus de raison que ces sueurs elles-mêmes disparaissent, comme le remarque M. Rayer, après le développement de l'hydropisie concomitante de la maladie de Bright.

L'auteur traite aussi de la néphrite albumineuse consécutive à la scarlatine, dans un chapitre qui est à lui seul un mémoire plein d'intérêt par la nouveauté et l'importance du sujet, autant que par les recherches érudites qui l'accompagnent. Il établit 1° que, dans la dernière période de certaines scarlatines, l'urine est quelquefois plus ou moins chargée d'albumine, sans hydropisie, en même temps que les reins présentent le premier degré de la néphrite albumineuse; 2° que, dans les hydropisies générales qu'on observe quelquefois à la suite de la scarlatine, il en est que l'on ne peut séparer de celles qu'engendre la néphrite albumineuse. La vérité de ces deux propositions est incontestable, à la condition qu'on leur conservera leur sage et prudente réserve. Dans un rapport lu à la Société anatomique par M. A. Becquetel (1), on s'est efforcé de les infirmer. Mais on est arrivé seulement à montrer qu'il y a d'autres formes essentielles de ces hydropisies, suites de scarlatine, dont M. Rayer s'est bien gardé de faire une seule et même classe. Aussi faut-il admettre comme vrais les faits qu'ont interprétés, chacun de leur côté, M. Rayer, et après lui l'auteur du rapport que j'ai cité.

M. Rayer termine son second volume par un historique très étendu de la néphrite albumineuse. Dans toutes les parties de son ouvrage, les recherches d'érudition sont faites avec un soin bien rare aujourd'hui; mais ici surtout il s'est surpassé. Je ne crois pourtant pas qu'il soit possible de trouver une lecture plus attrayante, que cet examen critique d'une des questions les plus neuves et les plus élevées de la pathologie. Il étudie successivement les relations de certaines hydropisies avec les maladies des reins et les rapports de l'urine albumineuse avec certaines hydropisies, depuis Hippocrate, Galien, Cœlius Aurelianus, etc., jusqu'à Portal, Andral et Barbier; depuis Cotugno, qui, le premier, découvrit la coagulabilité de

(1) Bulletin de la Société anatomique, année 1840, p. 261.

l'urine dans les hydropisies, dont M. Bright sut trouver les caractères spéciaux, jusqu'à MM. Valentin et Gluge, qui cherchèrent à saisir, à l'aide de l'inspection microscopique, la théorie générale de la maladie.

« Nul ne contestera, dit M. Rayer en finissant, que si les anciens n'ont » point ignoré que l'hydropisie pouvait avoir sa source dans une altération « des reins ou de la sécrétion urinaire; que si les médecins arabes ont plus « nettement encore saisi les rapports de certaines hydropisies avec des « lésions des reins et une urine ténue; que si, depuis la renaissance; « quelques faits épars, isolés, sans lien, sont venus témoigner de ces rap- « ports, nul ne contestera, dis-je, que ces faits n'étaient restés dans l'ombre, « malgré les véhémentes déclamations de Van Helmont, lorsque les expé- « riences de Cotugno et de Cruickshank sur la coagulabilité de l'urine dans « certaines hydropisies, expériences introduites dans le domaine de l'art, « par les recherches de Wells et de Blackall, ont enfin amené la belle « découverte du docteur Bright, de lésions rénales, produisant l'hydropisie « avec urine coagulable ». On peut ajouter que personne, mieux que M. Rayer n'a rendu fécondes et pratiques les observations de M. Bright, L'histoire qu'il a tracée de la néphrite albumineuse fait de cette maladie, si récemment inscrite dans le cadre nosologique, l'une des mieux étudiées, des plus complètement connues sous toutes ses faces et dans tous ses rapports.

Le *Traité des maladies des reins* n'est pas encore terminé. Le troisième et dernier volume, impatiemment attendu et qui couronnera cette œuvre importante, paraîtra d'ici à un mois; mais dès à présent nous possédons avec lui un atlas magnifique de 60 planches grand in-fol., gravées et coloriées destiné à reproduire les principales formes des altérations pathologiques observées dans le rein. Lorsqu'une pareille reproduction n'est pas parfaite, elle est tout-à-fait mauvaise. La médiocrité en ce genre n'est pas supportable: aussi la science doit-elle se garder d'être ingrate envers le libraire éclairé qui sait mener à bien une telle entreprise. On ne peut comparer l'atlas des maladies des reins qu'à celui des maladies de la peau, et il faut les citer tous deux comme des modèles.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait connaître dans un compte rendu l'ouvrage de M. Rayer. Nous adressant à ceux qui doivent l'avoir lu, c'est-à-dire au public médical tout entier, nous nous sommes seulement efforcé d'en saisir et d'en faire ressortir le sens si éminemment pratique.

X.

VARIÉTÉS.

Concours de médecine opératoire à la Faculté de Paris.

Au moment où nous annonçons la nomination de M. Blandin, le nouveau professeur a eu le temps de s'habituer à sa dignité. La nomination de M. Blandin a été couverte d'applaudissemens. Jamais le président d'un jury de concours n'avait été mieux accueilli par les élèves, que ne l'a été M. Marjolin, dont l'émotion, peut-être devrions-nous dire la joie, était visible. On connaît nos sentimens à l'égard de M. Blandin : ils sont fondés sur le mérite de ce chirurgien. Mais silence! l'arène est close. La palme a été décernée au vainqueur. La critique doit se taire. Il lui est permis d'intervenir dans la lutte; il ne lui est pas permis de flatter.

Il y a eu des indiscrétions, et le secret de la chambre du conseil est maintenant celui de tout le monde. Voici ce que nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* : « D'après les renseignemens qui nous sont arrivés sur le scrutin secret du dernier concours, il y aurait eu un vote spécial pour chaque épreuve. Les titres antérieurs ont d'abord fixé l'attention du jury et on y a attaché beaucoup d'importance. Les trois premiers noms sortis de l'urne ont été, à ce qu'on dit, ceux de MM. Blandin, Bérard et Vidal; pour les leçons, on a mis en saillie, MM. Michon, Bérard, Malgaigne; pour les thèses, on a été favorable à MM. Laugier, Lenoir, Sanson; pour l'épreuve écrite, on a mis en tête de la colonne M. Chassaignac; enfin, les épreuves pratiques ont valu à MM. Robert, Vidal, Sédillot, les premières places. »

Le défaut d'espace nous oblige à différer l'insertion de l'examen des thèses, que nous avions promis pour ce numéro. C. M.

Concours pour deux chaires vacantes à la Faculté de Médecine de Strasbourg : une chaire de pathologie externe, une de clinique chirurgicale.

Ce concours aura lieu dans le sein de la Faculté de médecine de Paris; il sera ouvert le 3 mai 1841. L'affiche qui l'annonce dit que les deux professeurs nommés alterneront chaque semestre; chacun d'eux sera tour-à-tour chargé de la partie théorique et de la partie clinique de l'enseignement. Les épreuves seront celles du concours ordinaire de clinique chirurgicale. Les concurrens sont, par ordre d'inscription : MM. Rigaud, Després, Dufresse-Chassaigne, Maisonneuve, Maslieurat-Lagemars, Lacauchie, Bach, Sédillot, Robert.

Ce concours offre plusieurs anomalies et fait naître de sérieuses réflexions.

L'anomalie la plus choquante est le fait d'un choix de professeurs auquel ne participeront pas ceux qui ont le plus d'intérêt à bien choisir. En principe, tout corps qui n'a pas, en lui-même, le pouvoir de réparer ses pertes, est un corps voué à la mort ou (ce qui est tristement identique) à une existence précaire.

Personne ne s'est abusé sur l'effet moral de ce concours. La Faculté de Strasbourg, par des circonstances probablement indépendantes de ses lumières, était à l'égard de la Faculté de Paris dans une position d'infériorité incontestable. Mais aucun fait éclatant n'était venu encore constater officiellement sa dépendance. L'université va lui rendre ce mauvais service, et cela avec les meilleures intentions du monde. 1° Elle a pu craindre, en ouvrant le concours à Strasbourg, les effets de certaines influences extra-scientifiques, d'autant plus puissantes qu'elles s'exercent sur un théâtre plus étroit; 2° à Paris la grandeur de la lice, le nombre des spectateurs, la position des juges, la présence d'une Presse toujours prête à proclamer les succès : tout cela excite, augmente l'émulation, et avec de pareils stimulans, on ne s'expose pas à faire un concours sans concurrens, ou avec des concurrens qui mettent les juges dans l'impossibilité de faire un bon choix. Tout cela est vrai et malheureusement trop vrai pour la Faculté de Strasbourg; et, sans la blesser, je puis dire que si le registre d'inscription se fût ouvert dans ses bureaux, il n'eût pas offert tous les noms placés en tête de cet article :

Il en est jusqu'à trois que j'aurais pu citer.

Voilà tout, ou à-peu-près tout; tandis que le registre de Paris compte déjà neuf noms, et on peut dire d'avance que, si aucun ne fuit, le choix peut être heureux pour la Faculté de Strasbourg, ajoutons si celui-ci est bien fait. Mais s'il est vrai qu'en ouvrant un concours à Strasbourg, on peut se trouver dans l'impossibilité de faire un bon choix par disette de sujets, il est encore mieux établi qu'il y a possibilité, à Paris même, d'en faire un mauvais, et cela dans un concours qui ne pècherait ni par le nombre, ni par le talent des compétiteurs. Puisque la Faculté de Paris peut se tromper dans le choix des sujets qu'elle veut s'adjoindre, les causes d'erreur seront bien plus nombreuses quand elle sera appelée à choisir pour une autre Faculté. Les besoins d'une Faculté de province peuvent être différens de ceux de la Faculté de Paris. Celle-ci pourrait posséder en elle (je ne fais pas une hypothèse) assez de talens originaux, assez de premiers rôles pour n'avoir à désirer que de bons doubles, d'estimables talens pour la *récitation*. Mais, dans les Facultés de province, les chaires étant moins nombreuses, il faut nécessairement que toutes soient complètement remplies, et avec une indépendance sans laquelle on ne fait rien de grand, on ne fait pas école. Une Faculté qui s'inspirerait d'une autre, et qui accepterait d'elle ses organes les plus dociles, tomberait (si la chute ne s'était déjà opérée) au rang d'une *école préparatoire*. De quelle utilité pourrait être, pour un corps enseignant en décadence, un sujet qui ne lui apporterait ni un nom, ni une idée, ni un esprit qui les fait naître ou qui sait les manier?

D'ailleurs, tous les jours on répète qu'un corps quelconque, avant d'accepter un nouveau membre, doit le connaître entièrement. Or, une Faculté de province pourrait très bien s'accommoder des qualités d'esprit ou de caractère qui seraient des motifs d'exclusion pour la Faculté de Paris. Il y a un professeur d'une Faculté de province qui, à cause de ses qualités ou de ses

défauts d'esprit, n'eût jamais été accepté par la Faculté de Paris. Eh bien! il a contribué puissamment à faire un commencement de réputation chirurgicale de cette Faculté aujourd'hui au déclin d'une haute réputation médicale. On va me répondre que les mêmes motifs qui ont refoulé dans une chaire de province ce talent trop mouvementé, un peu trop vert, porteront la Faculté de Paris à offrir à Strasbourg dés sujets dont elle veut se défaire parce qu'ils ne vont pas à son tempérament. Ce serait le moyen, dira-t-on, d'arrêter cette agitation, ce bourdonnement de l'ambition qui se fait autour de la Faculté, et qui trouble quelquefois le sommeil de certains de ses membres. J'avoue qu'à cet argument je n'ai pas de réponse directe à faire. Je me vois obligé d'invoquer une supposition : je suppose donc une Faculté avec des doubles plus qu'il ne lui en faut, et qu'en attendant un emploi vacant chez elle, elle en place en surnumérariat deux dans une autre Faculté. Ces deux sujets ne perdront jamais de vue la métropole, les influences auxquelles ils doivent leur premier succès; par reconnaissance, si ce n'est pas par ambition, ils ne se constitueront jamais en état d'indépendance absolue, et jamais aussi ils ne pourront constituer un foyer, un centre de lumière. Alors la pauvre Faculté, au lieu d'avoir deux professeurs de plus, aura deux élèves de plus, auxquels le courrier apportera, tous les jours, la leçon des maîtres de Paris, en attendant le bonheur de venir les rejoindre, pour endosser une robe un peu plus dorée que celle de Strasbourg. Je répète que ceci est une supposition. Voici un fait : Deux talens furent envoyés de Paris pour professer dans une Faculté de province; leur caractère et leur esprit différaient essentiellement; un d'eux (le plus sage) ne rompit jamais les liens qui l'unissaient à ses maîtres, à son école; et au moment où il allait être utile à une Faculté qui avait surtout besoin d'un anatomiste, il s'envola où étaient ses sympathies, ses maîtres, son ambition, je n'ose pas dire ses intérêts. L'autre (le moins sage) a eu plus d'une velléité d'imiter l'heureux fugitif; mais il a compris enfin qu'on l'avait éloigné de Paris, non pour lui faire faire un noviciat, mais pour l'éloigner. La morale de ce simple récit sera comprise de la Faculté de Strasbourg, des concurrens du prochain concours et des concours moins prochains. Mais ce qui ressort surtout de tout ce que j'ai dit, c'est la nécessité de la présence des professeurs de la Faculté de Strasbourg dans le jury. Puisqu'on a déplacé le siège du concours, ce qui est très grave pour Strasbourg, que les professeurs de cette faculté se déplacent aussi pour veiller à leurs intérêts. Il y aurait pour eux un grand avantage à être sur le théâtre même où se produiraient les talens qu'ils ont à choisir, là où ils ont pris naissance et se sont développés. Leur présence à Paris sauverait au moins les apparences, et quoique en minorité, ils pourraient au moins dire qu'ils n'ont pas été complètement étrangers à un évènement qui leur a donné deux collègues. Un jury composé de trois élémens, dont un serait pris dans la Faculté de Paris, l'autre emprunté à l'Académie royale de médecine, et le troisième venant de la Faculté qui doit posséder les futurs professeurs; un pareil jury présenterait, selon moi, de grandes garanties de lumière et d'impartialité. Je reviendrai sur ce concours et sur d'autres anomalies qu'il présente, car je n'en ai signalé qu'une. On doit juger, par ces quelques lignes, de l'esprit qui présidera à la rédaction des autres articles. V. de C.

UNE PRÉFACE D'UNE BROCHURE SUR LE STRABISME LAQUELLE EST CORRIGÉE LÉGÈREMENT PAR UNE LETTRE DATÉE DE LUNÉVILLE.

Cette préface nous fait savoir d'abord que l'auteur part pour la guerre : il va *dans les rangs de notre brave armée d'Algérie..... Le combat aura changé de forme et de localité* (1), voilà tout ; car ce sera toujours la guerre et l'auteur se battra en Algérie comme à Paris. Seulement la guerre de Paris lui paraît plus dure. Ce qui m'étonne fort, *car le triomphe des opérations du strabisme et du bégaiement qui était en ce moment le prix de la victoire* n'a coûté à l'auteur que quelques assauts de plume ; or dans ce genre d'exercice M. Baudens a acquis une supériorité incontestable. D'ailleurs il à sous ses ordres des lieutenans du premier mérite qui le servent admirablement ; soit pour décider le malade à l'opération, soit pour chasser les *frêlons* qui bourdonnent désagréablement autour de ses succès. J'ai dit que M. Baudens avait sous ses ordres des lieutenans; je me trompe, ce sont des généraux, des princes, car il est constant que « le maréchal-de-logis Tribout, opéré à Lunéville, a été poussé à subir cette opération par le général présent, ainsi que par monseigneur le duc de Nemours (2). » Ce n'est pas la première fois que les princes ont des rapports d'intimité avec les chirurgiens. Louis XV aimait beaucoup à déjeuner chez Lapeyronie, en tête à tête, et le traitait en ami. Mais la familiarité de ce prince n'est jamais allée jusqu'à *pousser* les malades à une opération afin de faire briller l'habileté de son chirurgien. Louis XV se contenta pour être agréable à Lapeyronie de créer L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE. Ce cadeau vaut bien un louche. Et cependant Lapeyronie n'avait pas obtenu *les triomphes* que vient d'obtenir M. Baudens ; il n'avait pas pratiqué *huit à neuf cents opérations, sans avoir éprouvé un seul accident* (2). Ce n'était au fond qu'un chirurgien éclairé et consciencieux, et aimant la chirurgie plus que Louis XV. J'exprime la quantité de succès de M. Baudens, en toutes lettres, pour éviter toute erreur; et afin que s'il prend envie à quelqu'un de faire encore un peu la guerre à M. Baudens avant qu'il parte pour se battre avec les Bédouins, on lui fasse au moins une bonne guerre. Le vulgaire des chirurgiens croit qu'il est peu d'opérations sans danger, surtout quand elles sont pratiquées sur un organe comme l'œil; ce même vulgaire pourrait bien douter et même soupçonner une addition mensongère de succès. Je réponds que M. Baudens est un homme des camps; or, *aux camps règne la loyauté* (Guillaume Tell). D'ailleurs M. Baudens peut répondre par sa préface : qu'il porte *un reflet de cet honneur dont le dépôt est conservé si intact dans l'armée.* Ainsi M. Baudens ne peut tromper la science et ses confrères. Mais il peut se tromper lui-même. Voici une cause d'erreur : *La localité du combat livré* par M. Baudens ne s'est pas bornée à l'étroite enceinte de Paris et de la banlieue. Le bruit de ses succès portés au loin, bien malgré lui, par l'indiscrétion du MONITEUR PARISIEN et autres

(1) Le lecteur est averti que tout ce qui est souligné est extrait textuellement de la brochure de M. Baudens. Tout ce qui sera entre guillemets est extrait d'une lettre écrite de Lunéville par un confrère en qui on peut avoir toute confiance.

(2) Dans les *Saltimbanques*, Odry dit : « Je lui ai arraché une molaire d'une entière blancheur. On lui demande alors si c'est sans douleur. « Je n'en ai éprouvé aucune, » répond le grotesque Bilboquet.

journaux de médecine de cette espèce l'a fait appeler dans les départemens. Là M. Baudens a pratiqué nombre d'opérations dont il n'a pu apprécier que les effets primitifs; son éloignement l'a privé de connaître les résultats définitifs.

Je crois donc rendre un véritable service à M. Baudens, en lui fournissant quelques détails sur les malades qu'il a opérés, pendant sa tournée à Lunéville. Quoique ces détails aient une source pure, je les présenterai timidement et sous forme de doute, pour engager M. Baudens à en faire une exacte vérification avant de les publier. Est-ce vrai que le maréchal-des-logis que monseigneur a *poussé* à l'opération, y voit moins? Ou bien y voit-il davantage, c'est-à-dire y voit-il double? Lui a-t-on présenté « l'opération comme une *bagatelle*, tandis qu'il y a près de deux mois de l'opération, et la cure non-seulement n'est pas parfaite, mais ne le sera peut-être jamais. » Serait-il vrai que l'œil du chasseur Déliane est en mauvais état? Ces deux militaires sont-ils assez ingrats pour maudire tous les jours leur bienfaiteur? Mademoiselle J. a-t-elle été opérée le même jour, et l'œil, après l'opération, s'est-il « rejeté du côté opposé où on a encore opéré? » Y a-t-il chute, paralysie de la paupière supérieure, « qui ne peut être relevée qu'avec le doigt de la malade? » Le désespoir de cette demoiselle n'est-il pas exagéré? Est-elle venue à Paris pour consulter? Pourrait-on, à la rigueur, connaître sa demeure qui serait dans le voisinage de la Pitié? A Lunéville encore, a-t-on fait une opération qui a fait couler des larmes à toute une famille? Et enfin, est-il vrai, qu'en général, M. Baudens a été très malheureux à Lunéville, et que depuis sa tournée on louche davantage et on voit moins bien dans cette ville? Le nombre des citoyens borgnes y aurait-il augmenté? Voilà ce que ce chirurgien consciencieux constatera sans doute; et ce sera un grand bonheur pour sa réputation, car rien ne fait mieux ressortir les grands succès que quelques petits insuccès. C'est douloureux à dire, mais c'est ainsi. L'infaillibilité chirurgicale est un mensonge; cependant quand M. Baudens dit, en style de proclamation: « *Il n'y a pas de strabisme qui puisse résister à notre scalpel,* » il ne ment pas, car je suis personnellement persuadé de sa bonne foi; mais M. Baudens prouve une seconde fois que sa plume n'est pas infaillible. Il n'y a d'infaillible, en France, que l'honneur français, *dont le dépôt est conservé si intact dans l'armée.* V. de C.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES.

